

# La Syphilis gastrique héréditaire

---

## THÈSE

pour le Doctorat en Médecine  
présentée et soutenue publiquement le 25 Juin 1934

par

**NADIA BLOUMENTZWEIG**

NÉE LE 1<sup>er</sup> AOÛT 1905 A SAINT-EUGÈNE (ALGER)

---

## JURY

|                                                                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| MM. RAYNAUD, <i>Professeur de Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.</i> ..... | Président |
| MM. GILLOT, <i>Professeur de Clinique médicale et Hygiène infantile.</i> .....                                         | Juges     |
| BENHAMOU, <i>Agrégé (Médecine).</i> .....                                                                              |           |
| MONTPELLIER, <i>Agrégé (Anatomie pathologique)</i> .....                                                               |           |



# La Syphilis gastrique héréditaire

---

## THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 25 Juin 1934

par

**NADIA BLOUMENTZWEIG**

NÉE LE 1<sup>er</sup> AOÛT 1905 A SAINT-EUGÈNE (ALGER)

---

## JURY

MM. RAYNAUD, *Professeur de Clinique des maladies des  
pays chauds, des maladies syphilitiques et cuta-  
nées.* .....

Président

MM. GILLOT, *Professeur de Clinique médicale et Hygiène  
infantile.* .....

BENHAMOU, *Agrégé (Médecine).* .....

MONTPELLIER, *Agrégé (Anatomie pathologique)* ....

Juges

# UNIVERSITE D'ALGER

## FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

|                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| DOYEN. ....           | MM. LEBLANC (♂. ♂. I. ♀) |
| DOYEN HONORAIRE. .... | HERAIL (♂. I. ♀)         |
| ASSESEUR. ....        | GILLOT (I. ♀)            |

### PROFESSEURS

|                                                                                       |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Clinique ophtalmologique. ....                                                        | N...                     |
| Clinique médicale et hygiène infantile. ....                                          | GILLOT (I. ♀)            |
| Clinique des maladies des pays chauds, des<br>maladies syphilitiques et cutanées .... | RAYNAUD (♂. ♂. I. ♀)     |
| Clinique chirurgicale. ....                                                           | COSTANTINI (♂.)          |
| Clinique obstétricale et puériculture du pre-<br>mier âge. ....                       | LAFFONT (♂. ♂. I. ♀)     |
| Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.                                      | LOMBARD (✱. ♂. I. ♀)     |
| Clinique médicale ....                                                                | AUBRY (♂. ♂. I. ♀)       |
| Histologie et Embryologie. ....                                                       | WEBER (♂. ♂. I. ♀)       |
| Anatomie pathologique. ....                                                           | POUJOL (I. ♀)            |
| Chimie biologique et médicale. ....                                                   | MAILLARD (♂. I. ♀)       |
| Hygiène, hydrologie et climatologie ....                                              | N...                     |
| Physiologie ....                                                                      | TOURNADE (O. ♂. ♂. I. ♀) |
| Pharmacie. ....                                                                       | MUSSO (I. ♀)             |
| Médecine légale ....                                                                  | GIRAUD (O. ♂. ♂. I. ♀)   |
| Anatomie. ....                                                                        | LEBLANC (♂. ♂. I. ♀)     |
| Microbiologie et cryptogamie. ....                                                    | PINOY (♂. I. ♀)          |
| Physique médicale ....                                                                | PORTES (♂. ♂. I. ♀)      |
| Anatomie médico-chirurgicale et médecine<br>opératoire. ....                          | CABANES (♂. ♂. I. ♀)     |
| Parasitologie et zoologie médicale ....                                               | SENEVET (♂. I. ♀)        |
| Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie                                        | WUNSCHENDORFF (I. ♀)     |
| Botanique et matière médicale. ....                                                   | FOURMENT (A. ♂. O. O. ✱) |
| Pathologie générale et clinique psychiatrique...                                      | POROT (I. ♀)             |
| Thérapeutique ....                                                                    | LEBON (♂. ♂. A. ♀)       |

### PROFESSEUR SANS CHAIRE

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| COURRIER (♂♂) Agrégé. .... | Histologie. |
|----------------------------|-------------|

### PROFESSEURS HONORAIRES

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| ARGAUD (♂ I. ♀) | HERAIL (♂. I. ♀) |
|-----------------|------------------|

### CHARGÉS DE COURS

|                                                           |                         |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|
| Enseignement théorique des élèves sages-fem-<br>mes. .... | MM. FUSTER (✱. ♂. I. ♀) |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie. ....                   | ABOULKER (♂. ♂.)        |

### AGRÉGÉS

|                                        |                    |
|----------------------------------------|--------------------|
| Chirurgie ....                         | DUBOUCHER (I. ♀)   |
| Médecine ....                          | FERRARI (I. ♀)     |
| Physiologie ....                       | MOGGI (✱. I. ♀)    |
| Anatomie ....                          | BENHAMOU ✱ ♂.      |
| Chimie médicale. ....                  | LACROIX            |
| Obstétrique ....                       | N...               |
| Histoire naturelle pharmaceutique .... | RIBET (♂. A. ♀)    |
| Anatomie pathologique. ....            | N...               |
|                                        | HOUËL (✱. ♂. A. ♀) |
|                                        | N...               |
|                                        | MONTPELLIER (I. ♀) |

### AGRÉGÉ LIBRE

|                  |         |
|------------------|---------|
| Physiologie .... | BATTEZ. |
|------------------|---------|

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



*Je dédie cette thèse*

AUX MIENS

A MES AMIS



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE RAYNAUD

*Professeur de Clinique des maladies des pays chauds  
et des maladies syphilitiques et cutanées*

*Nous n'oublierons jamais la bien-  
veillance avec laquelle il nous ac-  
cueillit dans son service.*

*Il nous fait un grand honneur en  
acceptant la présidence de cette  
thèse. Qu'il veuille bien nous per-  
mettre de lui présenter ici l'hom-  
mage de notre profonde reconnais-  
sance.*



A NOS MAITRES ET JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILLOT  
*Professeur de Clinique médicale infantile*

*Nous lui devons tout ce que nous  
savons de médecine infantile.*

*Notre séjour prolongé dans son  
service montre l'attrait de son en-  
seignement. Qu'il soit assuré de no-  
tre attachement pour l'accueil affa-  
ble que depuis fort longtemps il  
nous a réservé.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BENHAMOU

*L'instigateur de ce travail.*

*Ses belles leçons cliniques, ses  
cours resteront pour nous un des  
souvenirs les plus vivaces de notre  
vie d'étudiante.*

*Qu'il reçoive l'expression pro-  
fonde de notre gratitude.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONTPELLIER

*En témoignage de reconnaissance  
pour la sollicitude dont il a toujours  
fait preuve à notre égard.*



A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX



Ce qui a chance de durer en médecine, ce sont les faits cliniques bien observés et les méthodes thérapeutiques qui donnent des résultats, non les doctrines et les théories.

SEDILLOT (*L'Arthristisme*, p. 134).



Au cours d'un de nos stages dans le service du Professeur Agrégé BENHAMOU, alors que nous remplissions les fonctions d'externe, nous avons été appelé à soigner un jeune malade présentant un syndrome gastrique grave. La radiographie pratiquée nous montra une image anormale et peu commune. Rapidement, après avoir mis notre patient au traitement anti-syphilitique, tous les symptômes rentrèrent dans l'ordre.

Voulant alors nous documenter sur l'affection présentée par notre indigène, nous avons recherché vainement dans la littérature des faits semblables à ceux que nous avons observés, car il n'existe pas à ce jour de travail d'ensemble concernant la syphilis gastrique héréditaire. La syphilis gastrique acquise, elle, est depuis longtemps connue et discutée. BENSAUDE, dans son *Traité des maladies de l'Intestin*, paru en 1933, l'a admirablement mise au point, cependant il fait à peine allusion aux manifestations héréditaires.

Nous nous sommes donc cantonnée à dessein dans ce chapitre de pathologie, laissant de côté la syphilis gastrique acquise, admise par tous et souvent décrite.

Nous avons divisé notre travail en trois chapitres.

Le premier chapitre traite de l'anatomie pathologique dans lequel nous décrivons les formes les plus communes de l'affection.

Le second chapitre concerne la clinique où nous exposons les aspects sous lesquels l'affection se rencontre. Ce chapitre est complété par une étude radiologique.

Puis vient un dernier chapitre traitant de la thérapeutique, revue critique, où nous montrerons qu'il n'existe pas de traitement unique de la syphilis gastrique héréditaire.

---

# **Historique**



La syphilis gastrique est connue depuis fort longtemps.

Dès 1750, MONTAGNE et VERNI dans deux communications font allusion aux manifestations gastriques de la syphilis. Ils préconisent pour guérir leurs malades, de les passer aux frictions mercurielles, « seul remède capable de guérir radicalement ».

Ce n'est que bien plus tard qu'ANDRAL (1834) publie les deux premières observations cliniques de gastrite chronique guérie par le traitement spécifique.

Bientôt, d'autres observations se joignent à celles-ci.

TOPINARD, en 1865, cite un cas de vomissements incoercibles au cours d'une syphilis secondaire qu'un traitement mixte arrive à juguler.

Un an plus tard, DUJARDIN-BAUMETZ obtient la guérison d'un ulcus qu'il traite par l'iodure.

Ces observations ne concernent que des malades atteints de syphilis acquise. Cependant LANCEREAUX, dans un ouvrage : « Sur les syphilis viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle », rapporte un cas de sténose pylorique avec épaissement valvulaire. L'existence de la syphilis gastrique héréditaire paraît donc acceptée.

C'est à CORNIL (1874) que revient le mérite d'avoir décrit d'une façon magistrale les lésions gommeuses de l'estomac.

Puis, dans la même année, FIOUPE apporte sa contribution. A l'autopsie d'un malade syphilitique mort à la suite d'hématémèse, il trouve une ulcération de la région pylorique et la considère comme syphilitique.

GOUZOT (1886) consacre sa thèse aux maladies syphilitiques de l'estomac, qui contient 14 observations toutes inédites.

En même temps, à l'étranger, de très nombreux travaux ont été entrepris, tendant à fournir la certitude anatomique.

En Allemagne, WIRCHOW signale l'épaississement de la muqueuse gastrique, rencontré à deux reprises chez des spécifiques.

WAGNER (1863), plus heureux, présente six cas de syphilis dont 4 personnels. Il retrouve les principaux aspects que peut revêtir l'affection : un cas d'ulcération, une forme infiltrante avec épaississement de l'organe, une sténose pylorique, un aspect de linite, tous contrôlés anatomiquement.

BIRSCH-HIRSCHFELD (1887), dans son traité d'anatomie pathologique, étudie 4 observations, dont 2 concernant des hérédosyphilitiques d'un jour et de 3 ans.

STOLPER (1896), ARISTOFF, s'appliquent à découvrir la syphilis héréditaire. Ce dernier rapporte le protocole de neuf autopsies au cours desquelles il a rencontré des lésions anatomiques, de nature syphilitique. Dans tous les cas, il s'agit d'enfants de quelques heures à quelques mois ayant des lésions viscérales gommeuses multiples (5 fois sur

9), ou des lésions inflammatoires (gastrite 2 fois).

En Autriche, nous citerons les noms de DROZDA (1880), WEISCHELBAUM. Mais surtout CHIARI (1885) et des auteurs de l'Institut de Prague, OSER, OBERNDORFER, qui ont étudié la question.

Pratiquant en série les autopsies de tous les nouveaux-nés morts ou macérés, CHIARI a pu ainsi examiner 243 estomacs de syphilitiques, dont 145 relevaient de la syphilis héréditaire et 98 de syphilis acquise. Il apporte une documentation anatomo-pathologique très serrée à laquelle peu de chose a été ajouté depuis.

BITTNER (1893) étudie la syphilis gastrique héréditaire et signale chez 3 jeunes enfants des lésions qui sont surtout constituées par de l'infiltration de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

En Italie, CESARIS DEMEL (1899) signale un cas d'ulcère syphilitique, ayant entraîné la mort par hémorragie.

DOMINICI en cite un de gastrite guéri par le traitement spécifique.

D'autres travaux non moins importants paraissent dans le même temps.

HEMMETER, dans son Traité des maladies de l'estomac (1897), cite deux cas de gastrite aiguë survenue chez deux enfants dont le père était syphilitique, qui guérissent par le traitement.

La syphilis gastrique devient dès lors, une entité clinique et elle prend place dans les traités classiques.

FOURNIER l'étudie dans son Traité sur la syphilis

et on distingue depuis ses travaux, la syphilis gastrique héréditaire et la syphilis gastrique acquise.

DIEULAFOY en publie des observations.

En 1904, paraît la thèse de BARBIER, très documentée ; elle contient la synthèse des travaux parus sur la question.

PATER (1907), procède à une étude critique de tous les cas connus jusqu'alors, il rejette systématiquement toutes les observations, uniquement cliniques sans base anatomo-pathologique, pour ne retenir que celles qui ont été contrôlées histologiquement.

Depuis, les travaux abondent. On fait effort pour reconnaître l'affection dans son polymorphisme, et on tend à lui fixer des caractères particuliers.

Avec l'avènement de la radiologie, on s'attache à reconnaître des images spéciales à la syphilis gastrique et à la différencier à l'écran des autres manifestations mieux connues.

LEVEN (1912) décrit le petit estomac syphilitique qui relève de la limite et le différencie des formes cancéreuses.

BARRET, BECLERE (1911), BENSAUDE (1914), GUYOT et CHAVANNAZ, LUMIÈRE (dans sa thèse 1926) étudient les biloculations syphilitiques.

La question reste d'ailleurs d'actualité.

KURZENNE (1926), BAULOT (1921), LIPCHITZ (1921), PESTORIZA (1927), JUBELIN (1926), MOUSSEAU (1926) consacrent leurs thèses aux formes cliniques présentées par la syphilis gastrique.

A l'étranger, l'intérêt suscite de nombreuses recherches.

En 1922, MAC NEE découvre des tréponèmes dans un estomac qui avait des lésions ulcératives spécifiques.

EUSTERMAN (1930), au Congrès de Détroit, publie ses conceptions dans un rapport, concernant 93 cas de syphilis stomacale.

HARRY SINGER, HILL, LEWALD (1930) essaient de classer les images données par cette affection.

RUSSEL VERBRYCKE (1919) dans l'*American Journal of Syphilis*, cite un cas de syphilis congénitale contrôlée radiographiquement et par la thérapeutique.

Pozzi, en 1928, publie une revue générale complétée par 4 observations personnelles dont une concernant une forme scléro-gommeuse chez une jeune fille hérédo-spécifique.

La Société de Gastro-Entérologie de Paris, au cours d'une séance, le 10 mars 1930, a rapporté des travaux de MOUTIER, de LEVEN, concernant la question.

Plus récemment encore, BENSAUDE, dans son *Traité des maladies de l'intestin*, consacre à la syphilis gastrique un important chapitre.

Soupçonnée d'abord par les cliniciens, affirmée par les histologistes, la syphilis gastrique est admise par tous.

---

## FREQUENCE

La syphilis gastrique reste une affection relativement rare.

Dès 1916, SMITHIES rapporte les observations de 35 malades atteints de troubles dyspeptiques chez qui la réaction de Wassermann fut positive dans le sang ; l'examen clinique montra des lésions gastriques pathologiques.

Mais peut-on imputer à la syphilis des troubles gastriques survenant chez des syphilitiques ?

NEUGEBAUER pratique les autopsies de 200 recrues atteints de syphilis secondaire et trouve chez tous des désordres pathologiques.

Cependant, Eugène FRAENKEL n'a que 4 cas de syphilis gastrique vraie sur 10.000 nécropsies.

TURNBELL n'en rencontre qu'un sur 3.000 examens post-mortem à l'hôpital de Londres.

SUMMERS, à l'hôpital Bellevue, trouve un cas de syphilis stomacale sur 314 sujets spécifiques et 4.800 autopsies.

SINGER et MEYER la retrouvent plus fréquemment à la table d'opération qu'après la mort. En 1929, ils en ont observé près d'une dizaine de cas.

EMELIN n'en rencontre qu'un cas, à l'Institut d'Ependorf sur 10.000 contrôles nécropsiques.

Nous voyons d'après ses nombreuses statistiques

que la syphilis gastrique, bien qu'on cherche à la découvrir est une affection très rare.

MOUTIER, dans un rapport fait à la Société de Gastro-Entérologie en 1930, a vu en dix ans de pratique médicale (1919 à 1929) 8 cas de syphilis gastrique. Sur ces 8 cas, 3 seulement paraissaient en rapport avec les désordres anatomiques provoqués par le tréponème, les 5 autres rentraient dans le cadre actuellement admis des lésions syphilitiques sans que cependant les preuves en soient d'une rigueur absolue.

La syphilis gastrique acquise est peu commune ; cependant, on la rencontre en pratique clinique. Que dire de la syphilis gastrique héréditaire ? C'est une rareté, à peine si l'on trouve dans la littérature une quinzaine d'observations, pour la plupart très succinctes. Le diagnostic a été posé à la suite de contrôle radiologique, plus souvent après les résultats obtenus par la thérapeutique anti-syphilitique.

Hormis les cas (fort rares) observés chez de tous jeunes enfants, rapidement morts (malades d'OSER et d'OBERNDORFER), la syphilis héréditaire gastrique est une manifestation tardive.

Elle survient souvent au cours de la seconde enfance, après la puberté, chez des adolescents. La plupart des malades qui ont présenté cette affection ont dépassé 15 ans. Plus rarement cependant, il s'agit d'enfants plus jeunes. Le petit malade de STRAUSS n'a que 11 ans, celui de RUSSEL VERBRYCKE 13, et 14 le jeune garçon vu par DOWNES.

Les jeunes gens ne paraissent pas plus souvent atteints que les jeunes filles. On retrouve un nombre égal de malades chez les garçons et chez les filles (7 jeunes gens et 6 jeunes filles).

---

**Anatomie**  
**pathologique**



Il n'existe pas de critère anatomo-pathologique de la syphilis gastrique héréditaire.

Elle n'a pas de physionomie propre, elle est calquée sur la syphilis gastrique acquise.

Cependant, certaines formes lui sont plus particulièrement familière. On a pu les retrouver sur des fœtus ou sur des nouveaux-nés morts quelques heures après la naissance, ou après quelques mois de survie.

CHIARI surtout, dès 1885, ainsi que les auteurs de l'école de Prague, s'est attaché en faisant de nombreuses autopsies d'enfants, à mettre en évidence les lésions anatomiques jusque-là méconnues. Depuis, peu de chose a été ajouté aux descriptions de cet auteur, mais la nature syphilitique des lésions ayant été contestée, on a voulu en démontrer la spécificité, par la recherche du tréponème et c'est à VERSE et SIMMONDS que revient cet honneur.

La syphilis héréditaire peut se manifester sous différentes formes. Les plus rencontrées sont :

1. Gastrite diffuse.
2. Lésions gommeuses circonscrites.
3. Placards scléro-gommeux.
4. Lésions ulcéreuses.
5. Pseudo limite syphilitique.

Ces différentes lésions peuvent être pures ou le plus souvent associées.

*Mise à part l'infiltration diffuse, simple manifestation réactionnelle, non spécifique et d'ailleurs rarement isolée, ces différentes lésions ne sont que des stades plus ou moins avancés d'une seule forme anatomique, la gomme.*

*Celle-ci peut évoluer, s'abcéder et donner un ulcère qui perfore rarement l'estomac. Le processus fibreux peut, au contraire, l'emporter et ainsi se constituer des formes scléreuses qui, localisées, donneront naissance à des rétrécissements, des sténoses, et qui, au contraire, diffuses créeront la linite.*

---

## 1° LA GASTRITE SYPHILITIQUE

A été décrite pour la première fois par CHIARI qui en fait la signature de la syphilis héréditaire (1892).

L'auteur rapporte une observation venant corroborer ses idées : il s'agit d'un enfant mort très rapidement après la naissance (une demi-heure), qui présentait de très nombreuses lésions relevant d'une syphilis héréditaire : lésions cutanées (pemphigus), osseuses (ostéochondrite), viscérales (gomme du poumon, hépatite diffuse avec tumeur de la rate et induration du pancréas), il y avait aussi au niveau de l'intestin grêle des placards gommeux.

Les lésions histologiques de l'estomac « étaient constituées par un véritable processus congestif, puisque la muqueuse et la sous-muqueuse étaient hyperhémisées et infiltrées de leucocytes et de la même façon que la muqueuse de l'intestin grêle, présentaient une infiltration diffuse entre les infiltrats gommeux de telle sorte, ajoute CHIARI qu'il peut être parlé avec la plus grande vraisemblance d'une affection inflammatoire diffuse de l'estomac, suite de syphilis héréditaire ».

Plus tard, en 1898, ARISTOFF en recherchant la syphilis dans les estomacs de nouveaux-nés a trouvé à l'autopsie de sept enfants morts rapidement (de quelques heures à quelques jours après la naissance) associées à d'autres lésions syphilitiques, de la gastrite se traduisant par de « l'infiltration dif-

fuse à petites cellules, de la muqueuse et de la sous-muqueuse, s'étendant parfois aussi vers la musculaire et la séreuse », en même temps que l'estomac présentait d'autres formations (gomme).

Dans un cas d'ARISTOFF, chez un nouveau-né mort trois-quarts d'heure après la naissance (garçon), l'estomac présentait de la congestion. Et l'on retrouvait une infiltration diffuse à petites cellules de la muqueuse et de la sous-muqueuse s'étendant souvent aussi à la musculaire et à la séreuse, ainsi que de l'œdème de la sous-muqueuse.

PATER rapporte dans sa thèse des cas de gastrite diffuse. Etudiant l'estomac de 8 hérédosyphilitiques, il trouve dans 6 cas des lésions semblables à celles de CHIARI. « Histologiquement, dit-il, 4 fois les tuniques gastriques n'étaient atteintes que d'une inflammation très légère, diffuse de la muqueuse et de la sous-muqueuse sans aucun épaissement des tuniques et qui est pour nous sans valeur, — 2 fois existait une inflammation diffuse nette, occupant la sous-muqueuse et la muqueuse, avec développement de tissu granuleux et épaissement variable de la sous-muqueuse produit par du tissu conjonctif plus ou moins serré et parsemé d'amas allongés de cellules rondes.

Ces cas, ajoute l'auteur, rentrent dans ce que CHIARI a étudié sous le nom de gastrite syphilitique diffuse.

Cette lésion plutôt rare, se rencontre souvent associée à d'autres. Ici dans ces cas, elle est certainement spécifique, puisqu'elle se présente chez des

nouveaux-nés atteints de syphilis héréditaire se traduisant par d'autres lésions anatomiques propres à cette affection.

---

## II. — FORME GOMMEUSE CIRCONSCRITE

Les deux processus que l'on rencontre avec le maximum de fréquence dans les estomacs syphilitiques d'enfants atteints héréditairement, *sont les gomme et les formations scléro-gommeuses.*

Ces deux formations sont différentes par leur dimension, leur forme, leur nature anatomo-pathologique.

Les gomme sont plutôt petites, ce sont de véritables nodules.

Les formations scléro-gommeuses sont des plaques plus ou moins volumineuses, plus ou moins étendues avec prédominance de tissu scléreux.

Macroscopiquement, les nodules gommeux ont des dimensions réduites, ils sont de la grosseur d'un pois, d'une lentille ; ils sont parfois plus volumineux. Le plus souvent, sont multiples. Ils n'ont pas de siège d'élection, on les retrouve un peu partout, plus ou moins isolés, plus ou moins confluent, plus ou moins disséminés suivant les cas : dans la paroi antérieure (BITTNER), sur la paroi postérieure (OBERNDORFER), sur la grosse tubérosité (CHIARI) ou en plusieurs points à la fois.

De coloration blanc jaunâtre, les gomme se présentent sous formes d'élevures à bords plus ou moins hauts. Leur consistance est ferme, dure, leur contour est bien délimité. Leur surface peut être ulcérée superficiellement.

OSER (1889), dans une observation d'enfant héré-

do-syphilitique mort, qui ne vécut que 2 heures, retrouva sur l'estomac et la face postérieure du duodénum de petits nodules de la grosseur d'une lentille, fermes, blanc jaunâtre.

BITTNER (1893) rapporte un cas où les nodules étaient au nombre de 7, il s'agissait d'un enfant mort de syphilis congénitale 2 heures et demie après sa naissance. Il avait de très nombreuses lésions dues à son affection « au niveau de la paroi antérieure de son estomac, infiltrations au nombre de 7 de la grosseur d'un pois, indurées, blanchâtres, en forme de plaques ». Dans un autre cas, dans un estomac d'enfant macéré, ce même auteur retrouve au niveau de la paroi antérieure, à la limite du cardia et de la grosse tubérosité, une infiltration de la grosseur d'une lentille, blanchâtre, indurée, à bords modelés, ulcérée superficiellement.

Le substratum histologique de ces formations nodulaires est *la gomme*.

Le tissu gommeux a son siège d'élection dans la sous-muqueuse. Il peut y rester localisé (ARISTOFF), mais le plus souvent le processus plus actif déborde cette assise, gagne la muqueuse (BITTNER), la musculuse, la séreuse parfois (CHIARI).

La gomme est formée par un amas cellulaire dont les principaux éléments ont été parfaitement décrits par OBERNDORFER. Deux sortes de cellules surtout entrent dans sa constitution :

1° Les véritables cellules du tissu granuleux, les cellules épithélioïdes, avec un gros noyau clair dont le réseau chromatique est très apparent.

2° Des cellules rondes avec un noyau fortement coloré qui remplit presque toute la cellule, leur corps cellulaire est arrondi, sans former d'amas, pour l'auteur ce sont des lymphocytes.

L'infiltration constituée par ces éléments est toujours périvasculaire. Lymphocytes et cellules plasmiques sont centrés par une artère. Au milieu de ce tissu nodulaire le vaisseau est souvent atteint d'artérite, plus ou moins oblitérante suivant son calibre.

Parfois, les tuniques artérielles sont elles-mêmes infiltrées par des formations lymphoïdes. Les veines sont aussi atteintes par de semblables lésions (endo-phlébites).

Cependant, on a fortement discuté la participation vasculaire. CHIARI a vu le tissu gommeux se disposer autour des vaisseaux, surtout autour des artères, mais les éléments vasculaires eux-mêmes paraissaient indemnes, l'intima seule était épaissie. OBERNDORFER a noté l'épaississement des vaisseaux et leur oblitération plus ou moins complète. D'ailleurs, les lésions capillaires entrevues par OBERNDORFER ont été relevées aussi par les auteurs Américains et Allemands, et ce sont pour eux un signe anatomo-pathologique de grande valeur pour faire un diagnostic histologique de syphilis gastrique.

---

### III. — FORME SCLERO-GOMMEUSE

A côté de ces formes gommeuses circonscrites, il est des formes plus étendues qui sont de beaucoup les plus rencontrées.

Ces lésions scléro-gommeuses, véritables placards de blindage, sont de dimension, de siège variés. On peut les rencontrer partout, mais leur lieu d'élection est la région pylorique.

Moins en relief que les gommages, elles font saillie cependant dans la cavité gastrique, où elles s'élèvent en plateau. Comme celle des gommages, leur consistance est ferme, leur couleur est blanchâtre, leurs bords sont polycycliques et descendent en pente douce vers la muqueuse.

Ce sont de véritables néo-formations tissulaires pouvant en imposer pour une tumeur maligne quand la zone d'infiltration est large. BIRSCH-HIRSCHFELD chez un mort-né trouva dans la partie pylorique du ventricule un épaississement presque aussi grand qu'une paume de main. Parfois, l'épaississement est multiple, CHIARI en rapporte un bel exemple, chez un enfant de 21 jours ; il y avait des indurations par plaques non seulement de la muqueuse mais aussi de la sous-muqueuse, de la musculuse, et même de la séreuse. Toutes les tuniques étaient transformées en un tissu calleux. Trois foyers occupaient la grande courbure, le plus grand ayant deux centimètres de long, les deux autres d'un centimètre environ, le fond de l'estomac,

D'autres auteurs, ARISTOFF, BITTNER apportent des observations semblables.

A la coupe, les formes scléro-gommeuses donnent l'aspect d'un épaissement pariétal. Ces placards de densité fibreuse ne donnent pas de suc par raclage.

Siégeant souvent dans la région du pylore, elles en rétrécissent l'orifice, tantôt elles le laissent au contraire béant.

Macroscopiquement, on observe un aspect blafard de la région atteinte, les replis muqueux ont disparu (Yvan BERTRAND). La muqueuse est souvent altérée, épaissie, pouvant atteindre jusqu'à trois fois son volume normal. L'élément fibreux prend une part plus ou moins grande à la formation de ce tissu.

A l'examen histologique, la muqueuse est toujours altérée, elle perd son caractère glandulaire. Le tissu fibreux parti de la sous-muqueuse entoure les glandes, les étouffe, elles « gisent éparpillées les unes loin des autres par du tissu granuleux ». Les conduits glandulaires, parfois encore reconnaissables, renferment des leucocytes.

Dans la sous-muqueuse, il y a de véritables bandes de fibres conjonctives, entre lesquelles « on voit de nombreuses cellules embryonnaires disséminées » (CORNIL). D'autres fois, le tissu sous-muqueux se trouve véritablement transformé en tissu conjonctif (HAYEM).

Dans la muqueuse, on retrouve des éléments variés lymphocytes, plasmocytes.

Quant à la musculaire elle est très épaissie, parfois disloquée, d'autres fois intacte.

La séreuse (GUTTMAN) peut participer à ce processus et présenter une structure analogue à la sous-muqueuse.

Comme dans le tissu gommeux, c'est autour des vaisseaux que l'on retrouve les réactions les plus importantes avec infiltration déjà décrite. Le tissu granuleux, riche en cellules épithélioïdes, contient des vaisseaux à parois épaissies (BIRSCH-HIRSCHFELD) témoin de la nature gommeuse de la plaque scléreuse.

Ces lésions sont, d'après LUBARSCH, les plus caractéristiques de la syphilis gastrique héréditaire. C'est dans ces cas surtout que l'on rencontre l'anachlorhydrie, caractère spécifique de la syphilis gastrique. L'on comprend que le processus fibreux, souvent intense, surtout localisé dans la région sécrétrice de l'estomac arrive à submerger, à étouffer les conduits glandulaires, et à annihiler leur fonction.

---

#### IV. — LES FORMES ULCEREUSES

Les ulcères sont moins fréquents dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise. Cependant, si l'on admet avec certains auteurs, MARIANO, CASTEX en particulier, que la syphilis héréditaire fait le lit de l'ulcère, nous nous devons de faire le tableau anatomo-pathologique de cette lésion.

KONJETZNY, dans le traité de LUBARSCH et HENCKE, fait une critique serrée des observations apportées jusqu'alors et ne retient qu'une dizaine d'ulcères dont la nature syphilitique paraisse certaine.

Les ulcérations se présentent souvent associées à d'autres processus, inflammation gommeuse surtout (ARISTOFF). D'autres fois on les rencontre seuls, mais ils sont encore les témoins d'une réaction antérieure qui a subi un processus de fonte; et leur a donné naissance.

C'est surtout avec ce visage qu'on les retrouve dans les observations de syphilis héréditaire. Ils sont fréquemment multiples, superficiels, petits.

Nous ne citerons que pour mémoire et à titre de curiosité le cas rapporté par FRAENKEL où l'estomac présentait treize ulcérations. D'ailleurs, il semble que la multiplicité des lésions soit en faveur de la syphilis.

Ordinairement plate, l'érosion syphilitique n'intéresse pas toutes les couches de l'estomac, elle s'arrête à la sous-muqueuse. Mais il est évident qu'à côté de ces ulcères tout en surface, il en existe d'au-

tres allant parfois jusqu'à la perforation et qui ressemblent étonnamment à l'ulcère simple.

Ils n'ont pas de siège d'élection, on les retrouve sur la paroi postérieure, plus ou moins près du pylore ou du cardia, d'autres fois, ils sont localisés sur la grosse tubérosité, sur la paroi antérieure. De dimension variable, ils ont d'un à 3 centimètres de diamètre ; on en rencontre de beaucoup plus grands, véritables ulcères géants qui semblent dûs à la confluence de plusieurs érosions.

BIRSCH-HIRSCHFELD a vu chez un jeune enfant de trois ans, une ulcération au niveau du cardia, les bords étaient durs, gommeux. ARISTOFF et OBERNDORFER en ont rencontré dans la région du pylore.

Les bords en sont durs, épais. Le fond est plus ou moins lisse, constitué par la musculuse où, lorsqu'il est davantage creusé, par les autres tuniques gastriques.

Les auteurs se sont appliqués à établir des différences anatomiques entre l'ulcère de CRUVEILHIER et l'ulcère syphilitique .

Déjà en 1897, HEMMETER donnait comme caractères différentiels, les attributs suivants : la perte de substance de la muqueuse serait plus petite que celle de la sous-muqueuse, alors que c'est le contraire qui se passe dans l'ulcère simple, qui prend ainsi l'aspect caractéristique en gradins. De même, les bords de l'ulcère gastrique sont nets, alors que l'ulcère gommeux, le bord est irrégulier, anguleux. HEMMETER ajoute que dans l'ulcère gastrique « on

ne trouve pas de pus ni de nécrose, peut-être simplement une légère infiltration hémorragique, tandis que l'ulcère gommeux contient un dépôt jaune, visqueux, gélatineux, avec gomme à l'entour ».

Pour MOUTIER, les ulcérations syphilitiques sont plus petites, et plus plates que dans la maladie de CRUVEILHER, mais elles se présentent rarement en entonnoir renversé et à talus abrupt, elles ont plutôt des bords en pente douce, amincis, parfois peu nets.

Ces distinctions n'ont rien d'absolu, ce ne sont que des nuances, et l'examen histologique est le plus souvent nécessaire. Ces recherches permettent parfois d'étayer un diagnostic que faisait soupçonner l'aspect macroscopique.

L'ulcère étant souvent consécutif à la fonte d'une gomme, on retrouve les caractères de celle-ci. Souvent dans les régions voisines, on peut découvrir l'infiltration gommeuse caractéristique. La sous-muqueuse est la première atteinte, les autres couches sont envahies secondairement.

Le fond et le bord peuvent également présenter du tissu gommeux en voie de destruction (LION), mais ils peuvent être transformés en un tissu fibreux dense dans lequel les cellules lymphoïdes sont rares et dispersées entre les fibrilles.

Les lésions péri-vasculaires et vasculaires sont constantes. Il y a toujours thrombose et oblitération (CADE et MORENAS).

Enfin, on note des lésions nerveuses qui sont dissociées par des traînees lymphoplasmocytaires.

Pour BOUCHUT, ces lésions des nerfs seraient à la base des ulcérations dûes à la syphilis ; il s'agirait de fonte consécutive à des troubles trophiques.

Malgré tout, l'ulcère syphilitique n'a pas de physiologie spéciale. Aucun de ces caractères tant macroscopique que microscopique ne lui appartient en propre. Le diagnostic histologique souvent probable ne peut jamais être certain et ceci explique que son existence même soit encore discutée.

Les cicatrices, processus de guérison de la lésion histologique, sont de couleur blanchâtre, le plus souvent de consistance dure, elles sont étoilées, rayonnées. Elles peuvent occuper, soit la surface péritonéale (CORNIL), soit la cavité gastrique (DROZDA). Le plus souvent, on les rencontre associées à d'autres lésions du même organe ou d'organes différents.

Evolution scléreuse, cicatrisation de gomme ulcérée, entraînent et créent des sténoses variables dans leur siège et leur importance.

La sténose peut siéger au niveau du cardia, l'estomac est alors fort réduit (LEWALD) et l'œsophage en amont est dilaté.

Elle est plus rarement localisée au niveau du pylore :

A la partie moyenne, elle déforme l'estomac et crée l'aspect de sablier ou d'haltère des Américains.

Enfin, l'envahissement fibreux au lieu de se cantonner peut s'étendre, se généraliser à tout l'estomac, c'est la pseudo-linite syphilitique.

## V. — PSEUDO-LINITE SYPHILITIQUE

Cette forme est surtout connue depuis l'avènement de la radiologie. Autrefois, elle était confondue avec la linite cancéreuse.

Quand l'estomac est envahi dans sa totalité, il est petit, blanchâtre. Haut situé, il se cache derrière le diaphragme. A l'ouverture, on s'aperçoit que les plis de la muqueuse se sont effacés. La lumière gastrique est considérablement réduite de volume. Les parois stomacales sont très épaissies, elles peuvent atteindre deux et trois centimètres, la muqueuse parfois intacte présente par place des érosions. Lorsque le processus reste localisé à une partie de l'estomac, il entraîne les aspects les plus extraordinaires.

L'estomac prend alors une forme de pipe. BOCRUS et BANK rapportent une observation, dans laquelle l'aspect tubulaire des deux tiers inférieurs de la cavité gastrique, était surmonté du dôme intact.

L'examen microscopique révèle l'intensité du processus sclérosant. Il s'agit d'un véritable envahissement fibreux. Comme ailleurs la sous-muqueuse est d'abord atteinte, mais bientôt on retrouve partout un véritable feutrage fibroïde qui s'est substitué au feutrage celluleux normal de la sous-muqueuse (YVAN BERTRAND, PETIT, DUTAILLIS). Les glandes sont éparses ou n'existent même plus. La muqueuse est hypertrophiée, l'organe est scléreux,

on y retrouve aussi les lésions vasculaires du type syphilitique.

La preuve de la syphilis gastrique héréditaire était à donner.

C'est à VERSÉ et SIMMONDS que revient cet honneur.

VERSÉ le premier a trouvé dans un estomac de syphilis congénitale où il existait des lésions de gastrite syphilitique diffuse, semblable à celles décrites par CHIARI, de très nombreux spirochètes. Il y en avait partout, dans la musculaire, dans la muqueuse et même dans les parois des veines de la muqueuse et de la partie superficielle de la sous-muqueuse.

SIMMONDS en trouve aussi, chez quatre fœtus syphilitiques macérés, dans l'estomac de chacun d'eux.

LUBARSCH pense qu'il est plus difficile de retrouver du tréponème dans les cas de syphilis congénitale que chez les fœtus macérés.

Il semble donc que la syphilis gastrique existe, qu'il faille lui faire une place dans la pathologie gastrique.

---



## **Tableau** **clinique**



La symptomatologie de la syphilis gastrique héréditaire est aussi polymorphe que celle de la syphilis acquise. Elle peut créer les syndromes les plus variés qui se rapprochent soit de l'ulcère, soit du cancer, soit de la lésion carcinomateuse, suivant le siège, l'étendue, la nature de la lésion.

L'estomac syphilitique ne se révèle donc pas d'une façon spéciale, et comme l'a fort bien dit FOURNIER : « Un viscère qui souffre, ne peut se plaindre que d'une façon qui est toujours la même ou peu s'en faut, quelque soit la nature du mal. Il ne faut pas chercher de symptômes spéciaux pour la syphilis gastrique sous peine de se condamner à ne la diagnostiquer jamais, et à ne la reconnaître qu'à l'autopsie ou à l'examen d'une pièce histologique opératoire. »

Nous avons longuement recherché dans la littérature médicale les observations de syphilis gastrique héréditaire tardive. Nous n'en avons trouvé qu'une dizaine.

Les auteurs qui les ont observées ont pu affirmer le diagnostic après l'épreuve du traitement syphilitique.

Cette étude nous a permis de constater la diversité des formes cliniques. Nous avons pu en individualiser quatre types qui sont ceux décrits dans la syphilis acquise.

Ces types cliniques correspondent aux différentes lésions anatomo-pathologiques. Ce sont :

La syphilis gastrique à forme ulcéreuse  
à forme sténosante,  
à forme tumorale ou sclérogommeuse.  
à forme de pseudo-linite syphilitique.

Avant de décrire les formes cliniques les plus fréquemment observées au cours de la syphilis héréditaire tardive, nous parlerons brièvement des *formes incompatibles avec une longue survie*, et de certaines manifestations graves mais curables (maladie des vomissements, moelena).

a) Formes incompatibles avec la vie : Elles sont plus anatomo-pathologiques que cliniques. CHIARI et les auteurs de l'Institut de Prague les ont étudiées. Ce sont des découvertes nécropsiques sur lesquelles nous avons déjà longuement insisté. Cependant dans quelques cas — très rares — la survie a été suffisante pour permettre certaines constatations cliniques.

OBERNDORFER, chez un nourrisson de 4 mois qui présentait des lésions syphilitiques multiples, a pu noter une « pâleur accentuée de l'enfant qui était frappante ; en outre, ajoute l'auteur, l'enfant souff-

frait depuis les premiers jours d'un catarrhe intestinal fort abondant ».

CHIARI, chez un nourrisson mort à 21 jours, d'une syphilis floride, n'a observé aucun symptôme morbide, et l'enfant avait bien pris le sein.

b) Mais la syphilis héréditaire peut se révéler en clinique, par des syndromes graves mais curables.

Ce sont le moelena du nouveau-né, et la maladie des vomissements habituels du nourrisson de MARFAN.

Dans le moelena du nouveau-né, dont le pronostic paraît relativement sombre (50 % de décès), on a trouvé parfois des lésions histologiques semblables à celles de la syphilis, à savoir érosions multiples ou uniques avec artérite et phlébite, capillaires infiltrés de cellules rondes et entourés de néoformations conjonctives.

La maladie des vomissements habituels du nourrisson survenant surtout chez des hérédo-syphilitiques (MARFAN, LEMAIRE) ne traduit pas des lésions proprement gastriques, puisque la radiographie montre l'intégrité complète de l'image. Dans ce cas, il s'agirait de lésions nerveuses (soit sur le centre émétisant bulbaire, ou vagotonisme exagéré, FLAMINI) accompagnées seulement d'hyperesthésie de la muqueuse gastrique. Le traitement amène vite une sédation de ces troubles.

A côté de ces traductions précoces de la syphilis héréditaire, nous allons décrire des formes plus intéressantes, car moins connues.

Ce sont toutes des *manifestations tardives héréditaires syphilitiques*, elles se rencontrent surtout au cours de la deuxième enfance, après dix ans, aussi fréquemment chez les filles que chez les jeunes garçons.

Si la gastrite se voit très souvent au cours des accidents secondaires, elle est beaucoup plus rare dans la syphilis héréditaire. HEMMETER apporte deux cas de gastrite aiguë, chez deux hérédo-syphilitiques qui furent rapidement guéris par le traitement syphilitique.

---

Beaucoup plus fréquemment, en clinique, on rencontrera :

## I. — LES FORMES ULCEREUSES, OU LE SYNDROME ULCEREUX

Les rapports entre la syphilis et l'ulcère ont été, et sont encore contestés. Certains auteurs ont fait joué à la syphilis héréditaire ou acquise un rôle de tout premier plan dans l'étiologie de l'ulcère. GUTTMAN pense que décrire comme habituelle la syphilis gastrique à forme d'ulcère, c'est sous-entendre qu'un ulcère absolument classique peut être une lésion syphilitique, ce qui est exceptionnel.

L'ulcération syphilitique n'a pas de caractère clinique particulier, elle reproduit « trait pour trait » (FOURNIER) l'ulcère rond, de telle sorte que le diagnostic est parfois impossible. Aussi, BOCKUS et BANK pensent que si l'on considère comme syphilitique tout ulcère qui a résisté à la thérapeutique habituelle, et qui au contraire s'est amélioré par le traitement syphilitique, il paraît exister nombre d'ulcères spécifiques.

Cependant l'on connaît les rémissions spontanées qui peuvent survenir au cours des ulcérations gas-

triques, et il paraît parfois difficile d'attribuer le bénéfice d'une semblable guérison à l'action d'un traitement syphilitique.

Aussi, on a essayé de doter l'ulcère syphilitique d'une physionomie propre (MOUTIER), d'une symptomatologie qui pourrait y faire penser dès l'anamnèse.

La syphilis gastrique a forme ulcéreuse se traduit cliniquement par des *douleurs, des vomissements*, et des *gastrorrhagies*.

C'est souvent après une longue période de dyspepsie que les douleurs s'installent. Elles sont constantes, *irrégulières, capricieuses dans leur apparition*.

Les paroxysmes peuvent être isolés, d'autres fois au contraire les douleurs sont continues (MOUTIER). Elles ne sont pas atténuées par les prises alimentaires, mais plutôt exacerbées ; les alcalins, le régime ne peut les améliorer. Tantôt, la malade souffre beaucoup au moment des repas (observation de DEVE), tantôt longtemps après, 2 à 3 heures (observation de LEHMANN).

La douleur peut être de caractère transfixiant à siège xypho-rachidien (FOURNIER), en broche (malade de LEHMANN).

La *nuit elle se révèle intense*, le malade douloureux veille, ce caractère serait particulier à la syphilis (ROSANOW), cependant BRUNNER pense que l'ulcération banale peut aussi présenter ce signe.

D'abord intermittente, la douleur devient continue. Souvent les patients souffrent en même temps

de nausées, de vomissements. Muqueux, ceux-ci amènent parfois un terme à la douleur, qui d'autres fois reste inchangée (observation de DEVE).

L'état général s'altère, les malades hypoalimentés maigrissent rapidement. Il est évident que devant un tel tableau le diagnostic d'ulcère est vite soulevé, surtout lorsqu'il y a des hématomèses.

Elles sont fréquentes dans la syphilis acquise, moins souvent rencontrées dans la syphilis héréditaire. MACKAY cependant, rapporte une observation dans laquelle les gastrorrhagies furent le premier signe en date.

Les hématomèses peuvent être très abondantes, foudroyantes, emportant rapidement le malade en quelques heures (FIOUPE). Le plus souvent elles sont répétées, amenant un état d'anémie.

PESTORIZA, dans sa thèse sur les formes ulcéreuses de la syphilis gastrique, signale la manifestation hémorragique qui est fréquente.

Tous ces symptômes sont banaux, et mises à part certaines variantes cliniques, la syphilis gastrique à forme ulcéreuse ressemble à l'ulcère simple.

Cependant, l'examen du suc gastrique après tubage révèle une *anachlorhydrie* ou *hypochlorhydrie* qui ont une assez grosse valeur pour établir un diagnostic.

DORNE et TUMPEER ont fait des dosages de liquide gastrique chez les enfants d'âge moyen de 10 ans (4 à 13 ans) sans troubles gastriques, certains ayant une réaction de Wassermann positive, les

autres paraissant sains. Ils ont trouvé chez 21 hérédo-syphilitiques, un seul hyperchlorhydrique et 20 hypochlorhydriques, soit 4 % d'hyperchlorhydrie contre 96 % d'hypochlorhydrie.

Au-dessus de 10 ans, 100 % d'hypochlorhydrie chez les hérédo-syphilitiques contre 63 % chez les témoins.

Pour NEUGEBAUER (rapporté par GUTTMAN), l'hypo-acidité, même sans trouble gastrique, serait la formule normale chez les syphilitiques. Cependant, il est des ulcères syphilitiques qui peuvent être hyper-acides, la malade de DEVE avait des brûlures gastriques permanentes.

Bien que l'ulcère rond puisse s'accompagner d'hypochlorhydrie, il semble que ce caractère soit spécial à la syphilis. Les auteurs allemands, GLASER entre autres, les Américains EUSTERMANN, BRUGSCH, SCHNEIDER insistent sur ce point particulier.

Si l'on pousse plus loin l'examen du liquide gastrique, on constate l'absence d'acide lactique, et la cytologie montre une lymphocytose (LÆPER) qui, en dehors de la syphilis ne se rencontre que dans la tuberculose.

Livré à lui-même, l'ulcère peut se compliquer. Il se perfore rarement (BARBIER-FLEXNER), le plus souvent il évolue vers la sténose.

Donc, dans l'ulcère syphilitique, la douleur domine et peut présenter certains caractères particuliers. Elle est capricieuse, irrégulière dans son apparition. Résistante, elle ne cède ni aux prises alimentaires, ni au régime, ni aux alcalins. Elle

peut survenir la nuit. Elle s'accompagne souvent de vomissements, parfois d'hémorragies. Toujours ou presque toujours, on y retrouve une hypochlorhydrie. Lorsque, en dépit de tout régime, on institue le traitement anti-syphilitique, très rapidement tout rentre dans l'ordre. Les douleurs s'estompent, disparaissent, le malade s'alimente normalement et reprend du poids.

Malgré tout, le diagnostic n'est pas toujours aisé à faire. Il repose souvent sur des signes indirects, et l'anamnèse, la connaissance des antécédents du malade sont souvent d'un grand secours.

---

## II — SI L'ULCERE EVOLUE SANS ETRE TRAITE IL VA DONNER DES STENOSES

Ce sont les formes cliniques les plus fréquentes au cours de la syphilis héréditaire. Leur symptomatologie est plus ou moins bruyante suivant leur localisation.

Elles peuvent siéger en différents points de l'estomac, dans la région du cardia, dans la région médio-gastrique, lieu d'élection de la syphilis suivant SPEDER, près du pylore même.

Leur évolution peut être rapide. Elles retentissent sur l'état général du malade, qui maigrit, se cachectise.

L'examen radiologique seul donne la clef du diagnostic qui erre souvent jusqu'à ce que le traitement soit institué.

Dans les sténoses, le substratum anatomique correspond souvent à des cicatrices d'ulcères plus ou moins envahies par des processus scléro-gommeux.

a) Les sténoses du cardia sont plutôt rares.

BERTHIER, dans sa thèse (1908) n'en rapporte qu'un cas, qu'il considère comme douteux.

Le rétrécissement peut occuper (observation d'ENRIQUEZ) la région cardiaque, la traduction cli-

nique se résume en un symptôme : le vomissement ; extrêmement précoce, il survient un quart d'heure après les repas et ramène la presque totalité des aliments ingérés.

b) Plus souvent, la sténose siège dans la partie moyenne de l'estomac.

On a alors *des estomacs biloculaires* qui ont été étudiés surtout depuis l'avènement de la radioscopie, par de très nombreux auteurs.

BÉCLÈRE, BENS AUDE, RIVET, LEVEN, BARRET, LUMIÈRE en ont suivi à l'écran. Cependant, il n'a été jusqu'ici publié que 2 cas d'observations d'estomacs biloculaires imputables à la syphilis gastrique héréditaire. Ce sont celles de STRAUSS, LEWALD.

Les vomissements sont à peu près la seule expression clinique. Précoces, ils surviennent rapidement après les repas.

Les anti-spasmodiques administrés restent sans effet.

La dénutrition rend bientôt la situation critique.

L'examen somatique ne révèle aucune douleur à la palpation.

Le tubage permet de mettre en évidence l'hypoacidité.

La symptomatologie présentée par ces malades fait songer à la sténose, cependant sa nature syphilitique est rarement évoquée. La radiographie oriente le diagnostic en révélant son siège anormal.

c) Les sténoses pyloriques peuvent accompagner toutes les variétés de lésions syphilitiques de la région pylorique (BENSAUDE).

Ce syndrome peut donc être causé par une ulcération par une cicatrice, par une gomme, par une tumeur scléro-gommeuse.

Leur traduction clinique est banale.

Au début, il s'agit d'un syndrome douloureux tardif, puis l'évolution se poursuivant, la stase se constitue.

Les vomissements peuvent être plus ou moins abondants. Souvent, les malades arrivent à une telle cachexie qu'ils sont pris pour des cancéreux. Cependant, leur appétit est souvent conservé, parfois même ils restent voraces (EUSTERMANN). Le liquide gastrique révèle une hypo-acidité.

Le diagnostic clinique est impossible, parfois même malgré le concours de la radiologie.

---

### III. LES FORMES SCLERO-GOMMEUSES OU PSEUDO-CANCEREUSES. SONT DE VÉRITABLES TUMEURS

Elles affectionnent surtout la région du pylore, entraînant un syndrome de sténose pylorique (observation de Pozzi). Plus diffuses, elles irradiant vers la partie moyenne de l'estomac qu'elles envahissent (observation de VERBRYCKE).

La tumeur, bien circonscrite, peut être perçue à la palpation épigastrique, elle atteint la dimension d'un œuf de poule (BARD), d'une mandarine (FOURNIER).

BARD leur accorde les caractères suivants, elles sont mobiles, à évolution lente avec absence de retentissement sur l'état général.

Les malades, asthénisés, souvent hypoalimentés, se présentent comme des néoplasiques. D'autant plus que le tubage gastrique révèle en même temps qu'une absence d'acide chlorhydrique libre, et parfois la présence d'acide lactique (CURTIS).

Le jeune âge du malade fait éloigner le diagnostic de cancer et l'anamnèse, l'examen minutieux peuvent mettre sur la voie du diagnostic qui sera souvent corroboré par la radiographie.

#### IV. — LA FORME PSEUDO-LINITIQUE

de la syphilis gastrique peut être étendue à tout l'organe constituant une véritable cirrhose atrophique, ou localisée souvent au niveau du pylore.

La linite diffuse a été particulièrement étudiée par LEVEN qui l'a individualisée et séparée des linites cancéreuses.

L'estomac a sa capacité réduite par le processus fibreux. Il perd son élasticité, il est rigide, ne peut se dilater. Les auteurs américains lui donnent le nom très significatif de *leather bottle* (botte de cuir).

Cliniquement, on observe un syndrome d'intolérance gastrique totale.

L'observation qui nous a fourni le sujet de notre thèse en est un curieux exemple. Notre jeune malade arrivait à ne plus pouvoir rien ingérer. Souvent de suite (un quart d'heure) après les repas il vomissait tous ses aliments. Parfois cependant les vomissements sont plus tardifs.

Les douleurs sont plus ou moins intenses. La gêne est pénible, l'appétit reste le plus souvent yif. Rapidement le malade maigrit, se cachectise, son état devient précaire. Notre indigène avait un aspect vraiment simiesque, semblable à celui que l'on rencontre chez les nourrissons athrepsiques. La situation devient vite alarmante, bien qu'on n'ait pas l'impression de danger immédiat.

L'inspection et la palpation de la région abdominale ne révèlent rien d'anormal.

Le diagnostic de sténose haute est cliniquement le plus plausible, mais ne satisfait pas entièrement.

D'après ces différents schémas cliniques, symptomatiques de la syphilis gastrique héréditaire, dressés suivant les rares observations, nous voyons qu'il n'existe pas de symptôme spécifique.

Les vomissements, la sensation de plénitude, de ballonnement, les douleurs sont communs à tous ces syndromes.

Cependant, il semble que l'*anachlorhydrie* recherchée après repas d'épreuve, soit relativement constante dans la syphilis gastrique tant héréditaire qu'acquise, et les auteurs étrangers la retiennent comme preuve de l'affection (80 % de subacidité ou anacidité, EUSTERMANN).

Cette recherche est un appoint de plus en faveur de la syphilis gastrique.

Dans les observations que nous avons étudié, elle ne donne que peu de résultats probants. Le malade de RUSSEL VERBRYCKE, a de l'Hcl libre, par contre chez celui de Pozzi on en rencontre une quantité infime qui n'est pas dosable. Dans notre observation, il n'y avait pas d'acide libre.

Le diagnostic de syphilis gastrique, nous le voyons, est difficile, car il n'existe aucun signe pathognomonique susceptible de la révéler. Aussi,

certain points sont particulièrement précieux pour le confirmer. Ce sont :

- l'étude des antécédents,
- l'examen somatique,
- les réactions biologiques,
- le traitement d'épreuve.

1° Les antécédents sont d'un sérieux appoint pour permettre d'évoquer la syphilis gastrique.

Certes, lorsqu'il s'agit de syphilis héréditaire, les malades jeunes encore ont une vie peu jalonnée d'accidents relatifs à cette affection. De beaucoup plus d'intérêt est la connaissance des antécédents collatéraux.

Dans les diverses observations que nous apportons, les malades ont été mis au traitement d'épreuve souvent après interrogatoire de leur famille.

Ainsi, c'est à la syphilis que pense DÉVÉ, lorsqu'il apprend que la mère de sa malade a eu 9 grossesses dont 3 fausses-couches, un mort-né, 2 morts rapidement après la naissance, l'un à 7 jours, l'autre à 14 de convulsions.

La sœur de la patiente de LEHMANN présentait une syphilis des os du nez.

La jeune fille qui fait l'objet de la publication de Pozzi avait ses parents syphilitiques, 3 frères sains, et 4 étaient décédés en bas âge, d'affection indéterminée.

Lorsque MAC KAY se souvient que la mère de son patient avait une syphilis des os du nez, il institue un traitement syphilitique.

D'autres fois, des renseignements de haute valeur sont fournis par l'examen somatique.

2° L'examen somatique oriente l'idée du médecin vers une syphilis viscérale. Le malade peut présenter des stigmates de syphilis héréditaire.

Notre jeune indigène, bien qu'ayant 18 ans, avait un aspect infantile. De plus il était peu développé, les caractères sexuels secondaires n'existaient pas.

Dans tous les territoires lymphatiques, il y avait de nombreux ganglions, on retrouvait un épitrochléen des deux côtés. Son squelette était intact mais sa voûte palatine était ogivale et on notait deux tubercules de CARABELLI au niveau de chaque prémolaire.

3° Sérologie : nous demanderons à la réaction de Wassermann que l'on doit rechercher systématiquement dans le sang, de nous fixer quant à la nature de l'affection.

Dans 4 observations, elle s'est montrée très franchement positive.

Nous avons pu, pour notre part, alors qu'elle était négative au cours d'un premier examen, chez notre malade, la voir devenir positive au cours du traitement.

D'ailleurs, il semble qu'il faille la poursuivre jusque dans le liquide céphalo-rachidien, si elle est négative dans le sang.

4° Traitement d'épreuve : il devra être institué toutes les fois qu'il sera permis de suspecter la

syphilis. Il sera souvent un signe de présomption en faveur de cette affection.

Bien que le diagnostic de syphilis gastrique héréditaire paraisse complexe, il semble cependant qu'à l'avenir les observations doivent se montrer plus nombreuses.

D'ailleurs, l'apparition d'un syndrome gastrique à allure grave, se traduisant par une « atypie des signes cliniques » chez un jeune malade, enfant ou adolescent doit mettre l'esprit du médecin en éveil.

Ainsi donc, devant un patient qui présente des vomissements fréquents, souvent incoercibles survenant continuellement après les repas, près ou loin, et qui souffre, dont la *douleur est capricieuse, non rythmée par les prises alimentaires et les sédatifs, surtout si l'état général décline rapidement et que la palpation et l'inspection abdominale restent muettes, nous penserons à une syphilis gastrique probable. D'ailleurs, l'impression clinique sera souvent renforcée par la recherche des antécédents collatéraux et les réactions biologiques.* Le malade mis alors au traitement antisiphilitique verra rapidement son état s'améliorer alors que toute thérapeutique s'était avérée impuissante.

---

# **Radiologie**



Pour compléter nos investigations, il nous faut recourir à la radiographie.

Bien qu'il n'y ait pas d'image spécifique de la syphilis gastrique, il existe néanmoins toute une série de signes que l'on rencontre surtout au cours de cette affection, et, s'ils ne permettent pas de poser un diagnostic affirmatif, ils la font fortement soupçonner.

D'ailleurs, comme le dit CARMAN, « bien que les signes radiologiques de syphilis gastrique ne soient pas distincts et pathognomoniques dans chaque cas, ils apportent une preuve évidente, et, en corrélation avec les signes cliniques et biologiques une aide indispensable au diagnostic de l'affection. La syphilis ne possède pas au niveau de l'estomac de zone d'élection.

SPEDER, dans un article paru dans le *Maroc médical*, pense cependant qu'il existe au niveau de l'estomac « un territoire réservé à la syphilis ». Alors que pour cet auteur la gouttière œsophagienne et l'antrum pylorique sont la zone de prédilection de l'ulcère, la partie pylorique celle du cancer, le dôme et le corps de l'estomac sont les régions qu'affecte la syphilis.

Nous verrons par la suite que la syphilis, si elle se retrouve souvent dans la partie haute et sur la grande courbure, se voit aussi dans tous les territoires de l'estomac.

On rencontre au cours de la syphilis gastrique

héréditaire, des images en tous points semblables à celles que l'on a l'habitude de voir au cours de la syphilis acquise.

Ces formes sont multiples, nous en distinguerons avec les radiologistes DARBOIS, HUET et SOBEL, trois surtout, qui correspondent aux différents tableaux décrits.

Ce sont les formes ulcéreuses,  
les formes sténosantes,  
les formes scléro-gommeuses localisées  
ou diffuses,  
auxquelles nous ajouterons : la forme pseudo-linitique.

---

## I. — LES FORMES ULCEREUSES

Surtout rencontrés au cours de la syphilis acquise, les ulcères syphilitiques siègent de préférence au niveau de la petite courbure ou dans la région prépylorique. Lorsqu'il y a ulcus (CLASEN), il est invariablement découvert.

Les signes radiologiques sont ceux que l'on retrouve au niveau des ulcérations banales.

A l'écran, on localise la douleur vive ressentie par le malade au point ulcéré. Cependant, il est rare de retrouver l'encoche spasmodique fréquente, sinon constante, qui siège en regard de l'ulcus normal. Ceci tient à ce que dans l'érosion syphilitique, il existe autour de la zone atteinte, une infiltration des parois gastriques, qui sont rigides et que le spasme n'arrive pas à déformer.

L'ulcération étant plus superficielle et la perforation moins fréquente, les images observées au cours d'ulcère simple (niches de Haudeck, diverticules) se rencontrent moins souvent, jamais suivant certains auteurs, entre autres DARBOIS et LUTHER HILL. Cependant, PARÈS, de Montpellier, soutient qu'il existe des niches de Haudeck et des diverticules tout comme dans les ulcères banaux.

D'ailleurs, ce qui permet de faire le diagnostic radiologique d'ulcérations syphilitiques, ce sont les signes associées propres à cette affection et qui l'accompagnent souvent, sinon toujours. Ce sont d'abord l'immobilité segmentaire plus ou moins étendue de la grande courbure, l'aspect festonné perma-

nent de ce bord qui reconnaît la même cause. On a observé beaucoup plus rarement des taches se dessinant sur l'estomac qui correspondent à la baryte captée par des lésions ulcéreuses superficielles de la muqueuse, et traduisent des gommes ulcérées.

L'existence de lésions multiples sur un même organe plaide en faveur de la syphilis.

b) Lorsque la lésion est pré-pylorique, on a suivant la période où on examine le malade, un tableau différent.

Souvent d'ailleurs, il y a sténose pylorique avec distension du bas-fond de l'estomac. La stase est abondante, l'évacuation gastrique est retardée.

C'est le même tableau que dans l'ulcère rond de CRUVEILHIER.

---

## II. — LES FORMES STENOSANTES

Sont certainement plus fréquentes et plus intéressantes à étudier, car elles sont souvent rencontrées au cours de la syphilis gastrique.

Suivant le siège qu'elles occupent, les aspects radiologiques diffèrent. Parfois, elles se localisent au cardia ou dans son voisinage immédiat, d'autres fois dans la région moyenne du dôme ou encore près du pylore.

Les rétrécissements isolés du cardia sont extrêmement rares. BERTHIER, en 1908, dans sa thèse en cite un cas, LEWALD en apporte une observation avec contrôle radiologique ; la sténose siégeait près du cardia et l'œsophage en amont de la lésion était dilaté et en imposait pour un estomac en miniature (fig. I).

Lorsque les lésions occupent la partie médiane de l'estomac, elles entraînent les déformations décrites sous le nom de sténose médiogastrique, d'estomacs biloculaires.

Quand on suit le passage de la bouillie barytée à travers un estomac atteint de sténose médiogastrique, on voit se dessiner deux poches bien distinctes. Le liquide descend, s'accumule d'abord dans la poche supérieure, puis après un temps plus ou moins long suivant le calibre du pertuis qui les fait communiquer, la poche inférieure se teinte à son tour.

Si ces deux masses sont séparées entre elles par

*un rétrécissement court, on a l'aspect d'un sablier; lorsque la sténose est plus longue, on a l'aspect en haltère.* La partie supérieure du sablier est toujours plus volumineuse que la partie inférieure.

Le diagnostic d'estomac biloculaire s'impose donc à la simple vue. Cependant, il faut pour l'affirmer des examens radiographiques en série, afin d'écarter les fausses biloculations. Sous l'écran, la palpation est indolore, l'estomac se montre très mobile et lorsqu'on le soulève l'aspect biloculaire demeure inchangé, ce qui le différencie des ptoses.

Pour Pozzi, la biloculation serait plus spasmodique qu'organique, cependant, elle ne disparaît pas par la médication sédative. De plus, on sait que le sablier organique se voit surtout à la suite d'infiltration des parois par cicatrice, plus que par gomme, d'où son aspect identique au cours d'examens successifs.

Le diagnostic de ces biloculations doit se faire avec toutes les déformations gastriques qui surviennent à la suite de brides ou de compressions par les organes voisins ; tumeurs de la rate surtout et du côlon.

Il est d'autres affections qui sont capables de donner des images semblables, ce sont surtout les ulcères et les cancers.

Dans l'ulcus de la petite courbure, il existe une lésion, qui d'abord par spasme puis par sclérose progressive quand le processus vieillit, attire la portion opposée de la grande courbure.

La biloculation, dans ce cas, est marginale (R.

GUTTMAN). Le canal de communication est toujours plus près de la petite courbure que de la grande. De plus l'aspect varie, car il y a un élément spasmodique surajouté. On ne retrouve pas non plus de modifications pariétales si chères à la syphilis, les contours gastriques sont nets (MAX LUMIÈRE).

Lorsqu'il y a cancer, l'estomac a un aspect différent, il est marécageux (MAX LUMIÈRE).

La lacune due au cancer a des contours irréguliers ; dans les cas de néo en virole, la biloculation est axiale (GUTTMAN). Le canal de communication des deux poches est moins net, il est à peine esquissé.

Ces aspects radiologiques syphilitiques sont capables de se modifier complètement à la suite d'une thérapeutique activement menée. On les a vu régresser très vite et devenir normaux après quelques injections antispécifiques.

La *sténose pylorique* est moins caractéristique.

Il s'agit d'un syndrome de rétention qui est plus ou moins considérable. Certains et GRAHAM en particulier ont retrouvé du liquide de stase, 34 heures après l'ingestion barytée. C'est là une rareté.

Ces différentes sténoses peuvent se retrouver sur un même estomac. Parfois, on voit coexister un rétrécissement médiogastrique et cardiaque (observations de BENSAUDE, d'ENRIQUEZ et BENSAUDE). D'autres fois, les sténoses sont encore plus nombreuses et dans l'observation de LETULLE et LEBON, l'estomac trilobé présentait trois rétrécissements étagés.

Le diagnostic radiologique ardu dans quelques cas, est souvent facilité par l'association à ses processus, d'aspects propres à la syphilis gastrique.

Ainsi, on a pu percevoir une sténose avec infiltration linitique d'une partie de l'estomac, l'observation de GIRAULT rapportée dans la thèse de KURZENNE en est un exemple. On avait l'aspect en tube des deux tiers inférieurs de l'estomac surmonté de la partie supérieure, qui prenait l'aspect classique d'un entonnoir terminé par un tuyau, de caoutchouc.

*L'aspect frangé de la grande courbure, la diminution du péristaltisme, l'immobilité des parois peuvent aussi accompagner ces images radiologiques.*

*D'ailleurs la multiplicité des lésions, avec images radiologiques bizarres, sont à l'heure actuelle un des meilleurs signes de la syphilis gastrique ou intestinale (BENSAUDE).*

---

### III. — LES FORMES SCLERO-GOMMEUSES

Sont de beaucoup les plus rencontrées au cours de la syphilis gastrique, tant héréditaire qu'acquise. Elles en imposent souvent, sinon toujours, pour une tumeur néoplasique et c'est surtout l'ensemble des signes cliniques et des réactions sérologiques qui permettent le diagnostic.

Nous savons déjà qu'elles peuvent être localisées ou diffuses, et que leur siège de prédilection est au voisinage du pylore, qu'elles envahissent ou qu'elles respectent. Beaucoup plus rare est la lacune syphilitique de la petite courbure ou du corps de l'estomac (SALZMANN et SCHAPIRO).

Lorsqu'on examine à l'écran radiologique des malades porteurs de cette lésion, on perçoit aussitôt que l'estomac s'emplit d'une façon défectueuse.

Sur la grande courbure, se trouvent une ou plusieurs encoches qui sont de taille variée et qui entament son profil (observation de RUSSEL VERBRYCKE.) Parfois lorsqu'il y a participation pylorique l'antré se montre sombre, mal teinté, et l'on voit une lacune de cette région (*fig. 3*).

La palpation pratiquée alors ne réveille aucune douleur dans le territoire tumoral. L'estomac est mobile souvent. Le Professeur BARD a doté ses tumeurs syphilitiques de quelques caractères particuliers : forme régulière, mobilité marquée, lente

évolution, effet sténosant local, absence de retentissement notable sur l'état général.

*Le péristaltisme manque dans la zone intéressée, qui se montre rigide (LUTHER HILL), alors qu'il est faible, ralenti, dans les proportions intactes (MOORE et AURELIUS). Lorsque l'infiltration intéresse le pylore, celui-ci reste perméable, béant, ce qui est un caractère propre à la syphilis.*

Le liquide baryté ingéré filtre continuellement à travers ce passage libre, mais comme il est retréci, il prend parfois un aspect linéaire (observation de POZZI), le liquide passe à la filière. Dans un cas de BRAHMS et MEYER, le pylore ressemblait à un canal retréci gros comme un crayon à bords déchiquetés. Le vidage de l'estomac peut être rapide, cependant il est habituel d'avoir un liquide de stase 6 heures, 7 heures après, témoin de l'insuffisance fonctionnelle pylorique (BRAHMS et MEYER).

Nous nous devons d'ajouter à un tel tableau que l'estomac est souvent de petites dimensions, qu'il reste accroché sous le diaphragme (MOUTIER).

Le diagnostic radiologique est très complexe, souvent impossible, cependant il existe certaines particularités qui doivent faire penser à la syphilis.

La lacune perçue est ordinairement concentrique. Pour GEORGE EUSTERMAN, dans la syphilis, la lésion est plus extensive, le contour est plus égal, plus régulier que dans le cancer (PARÈS, de Montpellier) de plus si dans la zone déformée la paroi gastrique présente une rigidité, l'opacité de la lacune est homogène (MOORE et AURELIUS).

Quand il y a association de syphilis et de cancer (LION), on n'a même plus les caractères différentiels déjà énoncés.

---

#### IV. — PSEUDO-LINITE

La pseudo-linite syphilitique doit à la radiographie son individualisation. Longtemps confondue avec la forme carcinomateuse, c'est LEVEN qui, le premier, l'a décrite en 1912.

On la désigne sous des noms très disparates. Les aspects qu'elle offre à la radio sont variés. Parfois on a un estomac en forme de pipe (MOUTIER), en corne d'abondance, en forme de fiasco (POZZI) noms donnés par les auteurs qui l'ont observée.

A l'écran, l'estomac est petit, ratatiné, collé sous le diaphragme (MOUTIER). Il n'occupe pas beaucoup de place, reste dans l'étage supérieur de l'abdomen, à une distance invraisemblable des crêtes iliaque (MOUTIER). Son bas-fond atteignait la deuxième vertèbre lombaire, dans l'observation de GASTINEL et PORTRET.

La capacité gastrique est réduite, elle peut se présenter sous l'aspect d'un tuyau (aspect tubulaire) ; une partie reste intacte et se laisse distendre d'où les images déjà évoquées.

On ne voit aucun péristaltisme, cependant on rencontre souvent dans ces catégories d'estomac, un aspect festonné, permanent de la grande courbure, que l'on décrit sous le nom de petit péristaltisme (fig. 5).

*La grande courbure apparaît fortement déchiquetée, anfractueuse, comme irrégulièrement découpée aux ciseaux. Cet aspect trahit l'effort du*

muscle gastrique en rapport avec une infiltration sclérosante qui débute, intéressant la paroi, et s'accompagnant parfois de la périgastrite (PAYNE, PALMER-PARÈS).

*Le pylore est toujours continent, de telle sorte que l'on a l'aspect d'un transit œsophago-gastro-duodénal. Le passage de la bouillie barytée se fait rapidement.*

D'autres fois, la sclérose se localise à une portion de la paroi gastrique, qui perd alors toute sa souplesse et ne présente plus de manifestations péristaltiques. Lorsqu'il se localise au pylore, on a une incontinence pylorique comme dans les formes scléro-gommeuses.

Pour faire le diagnostic de cette forme de syphilis, il faut éliminer le squirrhe néoplasique.

Dans le cancer, l'estomac peut présenter ces différents aspects mais il est moins petit, moins diminué de volume, sa capacité est cependant réduite. Mais, dans le néo, le pylore est plus souvent obstrué que béant, et on a en même temps qu'un estomac réduit de volume, un estomac sténosé. De plus, les parois gastriques intactes ne présentent pas ces multiples encoches particulières à la syphilis. Au Congrès de Nîmes, en août 1912, WULLYAMOS insiste sur le fait que la présence de dentelures, sur la partie gauche de l'ombre gastrique, n'implique pas un diagnostic de cancer de l'estomac, mais plutôt ce que les auteurs ont appelé le syphilome stomacal (FOURNIER-GAUCHER), BELOT, lui, reste moins affirmatif, les dentelures du bord externe ou interne

de l'estomac n'ont pas toujours la valeur que leur attribue WULLYAMOS. Le syphilome semble se manifester par une rétraction en masse ou une biloculation, cependant les estomacs dentelés peuvent être parfaitement normaux.

Actuellement, tous les auteurs sont d'accord et parmi eux nous citerons SPEDER, PAYNE, PALMER, le radiologiste américain LEWALD, PARÈS, pour reconnaître à cet aspect frangé une valeur telle qu'à elle seule elle permet de poser le diagnostic de syphilis.

L'examen radiologique fait de finesse et de détails, n'en possède pas moins une grande valeur. Certes, cette richesse symptomatique n'est qu'apparente, car les signes particuliers que nous venons de décrire, ne sont le plus souvent pas groupés. Néanmoins, une étude radioscopique poussée et minutieuse pourra souvent renforcer, ou étayer un diagnostic hésitant.

Et l'éveil sera souvent donné avant tout autre chose par *la multiplicité des lésions ou par leur aspect atypique.*

---

# **Thérapeutique**



Toutes les fois que les données cliniques et radiographiques permettent de penser à la possibilité d'une syphilis gastrique, on se doit d'instituer un traitement en raison de son efficacité et de sa valeur diagnostique.

Le traitement spécifique se montre le plus souvent rapidement salulaire, ce qui en fait une arme précieuse, dont on doit se servir même quand le diagnostic n'est que soupçonné. La guérison dépend de la précocité du traitement et de la forme anatomo-pathologique à laquelle on a affaire. Dans les cas favorables, on assiste à de véritables résurrections avec amendement des signes cliniques et modifications des images radiologiques.

Des statistiques rapportées par EUSTERMAN et STOKES donnent une idée des beaux résultats que l'on peut obtenir.

Sur 38 cas, EUSTERMAN a 16 guérisons cliniques (42 %), 19 améliorations (50 %), 3 seulement ne furent pas améliorés. STOKES arrive à des conclusions superposables : 50 % de résultats symptomatiques excellents, 75 % de résultats bons, 30 % de guérisons cliniques et radiologiques complètes.

Le malade mis au traitement, la réponse est immédiate, car une syphilis vraie (MAX LUMIÈRE) ne saurait résister à la thérapeutique spécifique. Dès les premières doses administrées, on observe la cessation complète des douleurs (CLASEN-STOKES), puis

lorsqu'on insiste on voit les vomissements disparaître, (observation d'ENRIQUEZ, observation personnelle), les hémorragies s'arrêter (GASTINEL et PORTRET. Observation de MAC KAY).

En général, 70 % des symptômes gastriques fonctionnels s'amendent et s'effacent bientôt.

L'alimentation redevient possible, les digestions s'accomplissent, une sensation de bien-être se manifeste. Rapidement, les régimes sont élargis, les restrictions deviennent inutiles. La malade d'ENRIQUEZ qui arrivait à ne supporter que du képhyr, peut reprendre une alimentation normale.

Au bout de quelques semaines, ces sujets émaciés cachectiques parfois, athrepsiques, engraisent souvent de plusieurs kilos. Le malade de LEWALD gagne 22 kg., celui de RUSSEL VERBRYCKE se présente au bout d'un an comme un enfant différent, il avait engraisé de 26 livres. Notre jeune indigène a repris 20 kg. en près de 5 mois, et son aspect physique s'est complètement transformé.

Pour apprécier les résultats anatomiques, il faut s'adresser à la radiologie, qui permet de suivre pas à pas les changements qui se produisent. C'est en peu de temps sous les yeux de l'observateur, que des modifications s'opèrent dans la cavité gastrique — cependant, toutes les formes ne répondent pas de la même façon à la médication anti-syphilitique.

Lorsqu'il s'agit de formes tumorales relevant de processus gommeux et scléro-gommeux, la fonte s'opère rapidement et, à l'écran, on aperçoit un nettoyage rapide de l'image primitivement décelée

Souvent d'ailleurs ces malades pris pour des néoplasiques s'améliorent vite, alors qu'ils étaient abandonnés, regardés comme incurables.

Cependant, il arrive que dans quelques cas de cancers greffés sur la syphilis, les premières injections se montrent favorables sur les symptômes fonctionnels, puis le malade se remet à décliner, et le cancer continue à évoluer pour son propre compte.

Les formes sténosantes, les biloculations peuvent disparaître et diminuer sous l'action du traitement. Cependant, les résultats sont un peu plus longs.

La fibrose, et par conséquent les formes linitiques, évoluent différemment suivant leur ancienneté. Lorsqu'elles sont récentes, on voit l'estomac reprendre rapidement son aspect normal, ce qui ferait supposer avec WINDHOLZ, SINGER, CARMAN que la linite syphilitique est bénigne, parce que curable. Quelquefois, il faut attendre des années (3 ans) à BOCKUS et BANK pour que l'aspect gastrique reprenne sa forme antérieure.

Lorsque la *restauration anatomique s'opère, elle est durable*. Les malades revus à des intervalles plus ou moins éloignés de leur affection, ont repris leur équilibre, et la radiographie révèle une image gastrique intacte. (Observation personnelle).

Cependant, EUSTERMAN a pu voir dans certains cas, un retour des déformations perçues aux rayons X, bien que les malades paraissent jouir d'une bonne santé. Il semble qu'il s'agisse dans ce cas d'un traitement insuffisant. GASTINEL et PORTRET ont observé chez un de leurs patients dont le traitement

n'avait pas été assez poussé, une stagnation, puis une reprise des lésions.

Les caractères biologiques semblent parfois se modifier et souvent après une thérapeutique active, l'acidité change (CLASEN).

Donc, pour que le traitement syphilitique soit salubre, que ces effets soient durables, *il doit être précoce, intensif, prolongé.*

En raison de sa grande sensibilité au traitement, certains auteurs ont pensé que la syphilis gastrique pouvait être justiciable d'une thérapeutique particulière.

Y a-t-il un traitement unique de la syphilis gastrique ?

LEVEN qui a suivi de nombreux malades préconise un traitement unique de la syphilis gastrique. D'après cet auteur, dans cette localisation le traitement diffère de celui que l'on a coutume d'appliquer aux autres manifestations syphilitiques. La thérapeutique seulement capable de guérir la syphilis gastrique, est faite de l'emploi conjugué de suppositoires au mercure et de l'iode sous forme de lipiodol.

LEVEN formule ainsi :

20 jours par mois, utiliser le soir en se couchant un des suppositoires suivants :

|                                        |           |
|----------------------------------------|-----------|
| Mercure .....                          | 3 à 4 cg. |
| Eteindre dans vaseline et lanoline.... | aa 50 cg. |
| Beurre de cacao .....                  | 4 gr.     |
| 20 semblables.                         |           |

Lipiodol à prendre. Une capsule au cours des 2 principaux repas. 30 jours par mois au début, puis 20 jours par mois ensuite.

La durée du traitement est commandée par les résultats obtenus.

Cependant tous les agents ordinairement utilisés dans la syphilis paraissent avoir donné de bons résultats, et chaque auteur a sa méthode favorite.

FOURNIER a eu des succès avec l'iodure et le mercure.

Certains auteurs (GASTINEL et PORTRET) emploient le bismuth en séries répétées, qu'ils associent ou non à des prises d'iodure de potassium. Nous avons nous-même utilisé des suspensions bismuthiques (Qunby et muthanol) chez notre malade. Les autres métaux arsenic et cyanure de mercure ne pouvant être employés, car notre indigène avait des veines tellement ténues qu'il était impossible de faire des piqûres endo-veineuses.

L'arsenic a conservé de nombreux partisans. Les Américains l'emploient couramment et ont de merveilleux résultats, ils se servent d'arsphénamine qu'ils associent à du mercure et à de l'iodure. Cependant, ils pensent que ses associations ne sont pas nécessaires.

P.-E. WEILL a prescrit le novarsenobenzol isolé ou bien des sels de mercure intra-veineux suivis de sels d'arsenic. Avec LEREDDE, il semble qu'il n'y ait pas de traitement spécial de la syphilis gastrique. Il faut chez tout spécifique, ancien ou récent, poursuivre l'infection même.

Il advient parfois qu'un traitement parfaitement suivi et poussé ne donne pas les résultats espérés, surtout dans les cas de sténoses serrées. Une gastro-entérostomie peut être alors nécessaire.

Cependant, ces cas sont plutôt rares, car la syphilis gastrique quelle qu'elle soit est toujours capable de régresser, sinon de guérir sous l'influence du traitement.

---

# **Observations**



## OBSERVATION N° I

(HEMMETER. In thèse BARBIER, 1904)

Gastrite aiguë chez les deux enfants d'un père syphilitique.

Nous avons observé des syndromes de gastrite aiguë chez une enfant âgée de 11 ans, fille d'un homme qui avait contracté la syphilis, alors qu'il était soldat dans l'armée allemande à la guerre franco-prussienne de 1870-1871. Le père de cette enfant avait eu des attaques de manie, pendant lesquelles il dût être interné. Une fois par mois, il a des convulsions épileptiques typiques qui peuvent durer avec des courts arrêts pendant 10 à 12 heures, et s'accompagnent d'écume à la bouche, d'évacuations involontaires.

Il avoue l'infection causale et donne un récit exact de syphilis primaire et secondaire. Chez l'enfant apparut récemment une énorme gomme du maxillaire inférieur qui atteignit les dimensions d'un goître. Les symptômes gastriques consistaient en vomissements incessants et gastralgie. Sous l'influence du traitement par les frictions mercurielles, les symptômes gastriques disparurent en l'espace de deux semaines. L'efficacité de ce traitement fut supérieure à tous les autres, car l'enfant ne pouvait rien garder dans l'estomac.

Deux ans après, l'auteur traita un deuxième enfant de cet homme (sa femme, soit dit en passant, avait eu quatre fausses-couches), pour de la gastralgie avec nausées et vomissements par une solution saturée d'iodure de potassium. L'enfant prit jusqu'à 40 gouttes de la solution d'iodure de potassium 3 fois par jour avec une amélioration évidente, les syndromes s'apaisent entièrement au bout de deux semaines.

## OBSERVATION N° II

(GASTON LION, *Vie Médicale*, 26 juillet 1931)

Chez un jeune homme de 16 ans qui présentait des signes non douteux d'ulcère survenus brusquement en dehors de toute influence alimentaire ou générale appréciable, prenant en considération l'existence connue de moi d'hérédo-syphilis chez ce sujet, j'instituai un traitement par les injections intra-musculaires de cyanure de mercure et d'iodure de potassium à haute dose.

Le résultat fut, comme dans le cas de FOURNIER, rapide et décisif.

---

## OBSERVATION N° III

(LEHMAN, *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique*,  
In thèse KURZENNE)

Jeune fille de 22 ans, se plaignant de troubles gastriques depuis quelques mois. Les douleurs sont devenues très violentes, depuis quelques jours. Douleurs en « broche » s'exaspérant 2 à 3 heures après les repas. Il se produit des nausées et parfois un vomissement qui apaise la crise douloureuse. Pas d'hématémèse, ni de méléna. On applique le traitement classique de l'ulcère. Il n'y a pas d'amélioration. Une sœur de la malade présente une syphilis des os du nez, qui amène à faire un traitement anti-syphilitique à notre malade. Dès la première série d'injections de sels de mercure, l'amélioration se manifeste. Après la deuxième série, tout symptôme gastrique a disparu.

---

#### OBSERVATION N° IV

DOWNES a publié dans les *Annales of Surgery*, Philadelphie (1915) 2 observations concernant une jeune fille et un jeune garçon âgés respectivement de 16 et 14 ans. Les troubles gastriques disparurent rapidement sous l'action du traitement anti-syphilitique.

---

#### OBSERVATION N° V

(DEVE, dans *Normandie Médicale*. In thèse KURZENNE)

Jeune fille de 19 ans, se plaignant de troubles gastriques depuis un an. Il y a trois mois, les vomissements sont devenus plus fréquents. Mais depuis une quinzaine de jours, les douleurs et les brûlures gastriques sont permanentes, exaspérées par l'ingestion des aliments, vomissements, ne calmant pas la douleur. Amaigrissement notable.

On porte le diagnostic d'ulcus gastrique. Malgré un régime sévère, la malade n'est pas soulagée. Au bout de dix jours, les douleurs sont aussi intenses, la malade ne retient aucune nourriture.

On apprend à ce moment que la mère a eu 9 grossesses : 3 fausses couches, un mort-né, deux enfants morts, l'un à 7 jours, l'autre à 14 jours, de convulsions. Les trois enfants vivants ne sont pas vigoureux. La malade qui fait l'objet de l'étude est hypotrophique, on note chez elle une saillie prononcée des bosses frontales.

On décide d'appliquer un traitement anti-syphilitique qui amène immédiatement un soulagement notable. On continue en faisant un traitement mixte, arsénobenzol et mercure, puis on ajoute de l'iodure de potassium. Au bout de quelques semaines, les troubles gastriques ont complètement disparu. La malade a repris neuf kilos.

### OBSERVATION N° VI

(MAC KAY. *The Lancet*, 1898. In thèse BARBIER.)

Un jeune homme âgé de 15 ans souffrait de douleurs et gonflement au niveau du coup de pied. On suspectait la tuberculose et le jeune homme fut traité pour cela pendant quelques semaines. Je le vis alors, et, me souvenant que j'avais traité avec succès sa mère, quelques temps auparavant pour une lésion spécifique du nez (la seule manifestation qu'elle ait jamais présentée) je mis le jeune homme aux pilules bleues et à l'iodure. La jointure guérit rapidement et complètement.

Dix ans plus tard, ce jeune homme se mit à vomir du sang et allait de mal en pis. Bien qu'il se soit mis sévèrement à la diète et qu'il prit les remèdes ordinaires. Se souvenant de sa première maladie, on lui donna du mercure et de l'iodure de potassium avec un bon résultat immédiat. Je perdis de vue ce malade pendant trois ans. Pendant ce temps, il se maria. Sa femme a eu une fausse couche à trois mois et maintenant il est lui-même en traitement pour une paralysie générale, qui fut améliorée temporairement par l'iodure.

---

### OBSERVATION N° VII

(L.-T. LEWALD. *American Journal of Medical Association*  
17 janvier 1931)

En juin 1913 : j'ai fait mon premier diagnostic radiologique de syphilis. Diagnostic posé avant l'examen du sang (la réaction de Wassermann était positive). Le diagnostic fut confirmé par l'opération. Une gastro-entérostomie fut pratiquée par le Docteur DOWNES qui, voyant

un estomac en haltère se servit de la portion proximale de cet estomac.

La malade à ce moment, une jeune fille de 14 ans, m'était envoyée pour examen radiographique de l'hôpital Saint Luke (New York) avec le diagnostic de sténose œsophagienne. Le cas était sûrement de la syphilis héréditaire. J'ai examiné à plusieurs reprises cette malade. Le dernier examen pratiqué le 12 juin 1930, 17 ans après la gastro-entérostomie a montré que l'estomac se vidait rapidement par la nouvelle bouche.

Plusieurs dilatatations de l'œsophage étaient présentes comme on l'avait noté au moment du premier examen, quand on avait trouvé que la sténose de la partie moyenne de l'estomac avait réduit son volume à un point tel que l'œsophage agissant par compensation, avait pris l'aspect d'un petit estomac.

Il semble que dans un tel cas comme dans les cardio-spasmes que lorsque l'œsophage a commencé à se dilater il continue à garder cette dilatatation même lorsque l'obstruction a pu guérir.

Le pylore ne semble pas s'emplir actuellement à cause du vidage rapide de la poche cardiaque à travers la bouche de gastro-entérostomie.

---

#### OBSERVATION N° VIII

(ENRIQUEZ. In thèse COLLETTE, Paris, 19-13-14)

Mlle H. B..., âgée de 18 ans, vient consulter au mois de novembre 1910 pour des troubles gastriques. Depuis 18 mois, elle vomit régulièrement tous ses aliments un quart d'heure après leur absorption. La malade ne souffre pas en dehors des repas. Les vomissements sont précédés de quelques nausées, jamais d'hématémèse, ni de méléna. Par contre, la malade, qui depuis quelques semai-

nes, ne peut supporter que du képhir, présente un amaigrissement considérable et très rapide.

12 novembre. — Un examen radioscopique montre qu'on se trouve en présence d'un estomac biloculaire très net. Le rétrécissement siège assez près du cardia, il est représenté par une encoche profonde située du côté de la petite courbure.

L'évolution, l'amaigrissement rapide, l'âge de la malade, l'absence de douleurs, d'hématémèses firent songer à la possibilité d'une biloculation d'origine syphilitique. La réaction de Wassermann fut positive. On donne alors à la malade un traitement mercuriel intensif. Les symptômes cliniques s'améliorent, les vomissements disparaissent. La malade peut reprendre un régime normal, mais comme elle quitte Paris vers le mois de janvier, il n'est pas facile de suivre de près les modifications de sa lésion. Cependant, elle revient consulter au mois de mars. Son état général est très bon et un examen radioscopique pratiqué à cette époque, montre que la sténose médiogastrique est beaucoup moins serrée, il ne subsiste plus qu'une légère encoche au niveau de la petite courbure.

---

#### OBSERVATION N° IX

(STRAUSS. Linite plastique de l'estomac avec estomac biloculaire chez un enfant atteint de syphilis héréditaire.

(*Archiv. für Verdauungs Krankheiten*, Juin 1926.)

Observation d'un enfant de 11 ans qui présentait une biloculation très serrée de l'estomac. Après une évolution très lente et progressive de la maladie, l'enfant en était arrivé à vomir tous ses aliments.

La syphilis héréditaire était le seul facteur étiologique certain.

Une gastro-entérostomie, portant sur la partie supérieure

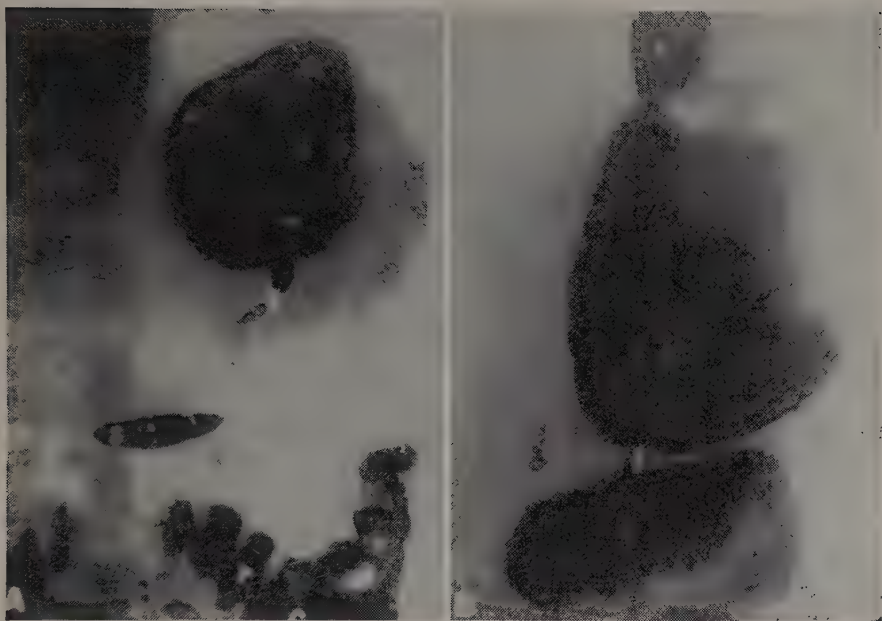


Fig. 1. — A) Sténose de l'estomac située très haut dans la région du cardia. L'aspect est celui décrit sous le nom d'estomac en « haltère ». B) L'estomac après opération de gastro-entérostomie. L'œsophage reste dilaté en amont de la sténose.



de l'estomac, permit de rétablir un transit normal et en deux mois le poids de l'enfant avait doublé,

---

#### OBSERVATION N° X

(L.-T. LEWALD, *Journal of American Medical Association*,

17 janvier 1931)

En octobre 1913, je fis le diagnostic de syphilis gastrique chez un garçon de 17 ans. C'était aussi un cas de syphilis congénitale et le malade était en traitement à l'hôpital Rockefeller, mais le diagnostic de syphilis gastrique n'a été posé qu'au moment de l'examen radiographique.

A cause des crises douloureuses abdominales, le diagnostic d'appendicite avait été soulevé, et le malade adressé à l'hôpital Saint Luke pour ablation de l'appendice.

Le Docteur ARTHUR B. EISENBREY, maintenant à Cleveland, m'adressa le malade avec le diagnostic de sténose pylorique probable. L'examen radiologique montra un estomac déformé. Il y avait un remplissage defectueux sur la grande courbure à la partie moyenne de l'estomac. Il y avait du liquide résiduel au bout de 5 heures. Le diagnostic de syphilis gastrique fut posé. La réaction de Wassermann était positive. On n'opéra pas le malade, car le diagnostic d'appendicite fut abandonné.

Le malade fut soumis à un traitement intensif bien qu'il eut déjà un traitement syphilitique à l'Institut Rockefeller et qu'il eut reçu plusieurs injections d'arsphénamine. Un changement dans le traitement au sujet de l'administration des iodures sembla provoquer une réponse rapide et une amélioration marquée. Il fut bientôt capable de manger davantage et les symptômes gastriques se calmèrent complètement.

Trois ans après, je pratiquai un nouvel examen radiographique qui montra que la déformation de l'estomac avait complètement disparu et que l'estomac s'emplissait

comme en temps normal. Le malade avait gagné 48 livres (22 kilos) et il pouvait prendre toutes sortes d'aliments, il se sentait parfaitement bien. Quatre ans plus tard, le malade était de nouveau examiné, il allait très bien et travaillait tout le temps.

---

#### OBSERVATION N° XI

(RUSSEL VERBRYCKE. In *American Journal of Syphilis*,  
octobre 1929)

En 20 ans de pratique gastro-intestinale, je n'ai jamais rencontré d'image radiographique d'estomac d'enfant, que j'aurais pu rapporter à une syphilis congénitale.

Je n'ai jamais vu une même observation chez les gastro-entérologistes expérimentés. Il me semble intéressant d'apporter le cas suivant :

N... M..., âgé de 13 ans, m'a été amené le 21 avril 1927 par ses parents d'adoption. Adopté, alors qu'il était encore enfant, dans un asile d'orphelins, sans savoir qui étaient ses parents. A part la rougeole, la petite vérole, et la coqueluche, qu'il a eues, il a toujours été considéré comme un enfant normal et en bonne santé. On lui a enlevé ses amygdales, il y a cinq ans.

Il se plaint de douleurs épigastriques et de vomissements. En été 1926, il commença à avoir une sensation de plus en plus pénible abdominale comme s'il avait trop mangé. En même temps, il commença à souffrir. Quelques mois avant l'examen, il a présenté des vomissements, survenant peu de temps après les repas, avec rejet considérable du contenu gastrique à chaque fois. Un soulagement suivait le vomissement pendant 10 à 15 minutes.

Il a alors été vu par un gastro entérologiste qui n'a pas posé de diagnostic. Par un radiologiste qui a diagnostiqué un ulcère, et plus tard par un chirurgien qui pensait que ce trouble était dû à une appendicite et l'opéra pour cette affection,

L'enlèvement de l'appendice faillit éclairer les symptômes.

Deux semaines avant notre examen, la douleur, la sensation de plénitude, les vomissements s'étaient accentués. Il y avait une perte de poids, il ne pesait que 73 livres. Sa douleur commence au moment des repas ou très peu de temps après, cette sensation ne l'a jamais effrayé au point de l'empêcher de manger.

Pâle, peu déshydraté, l'examen somatique est négatif, sauf pour l'estomac. Sa tension artérielle était de 90 mm. de mercure pour la systole et 56 pour la diastole.

Il y avait une longue cicatrice à droite. Les muscles étaient bien développés et tendus. On note une légère sensibilité autour de la région pylorique et au voisinage de la cicatrice.

Aucune anomalie dentaire, pas de ganglions lymphatiques, aucune tumeur perceptible des os. Les réflexes étaient tous présents et rien ne pouvait faire suspecter la syphilis.

L'analyse d'urine était négative.

Le contenu de l'estomac donne la réaction de l'acide chlorhydrique libre, il y avait beaucoup de mucus et peu de sang dans le prélèvement.

Le taux de l'hémoglobine était de 65 %.

Globules rouges : 4.400.000. Globules blancs : 6.500.

L'étude fluoroscopique du cœur, des poumons et de l'œsophage se montra négative.

L'estomac avait un aspect particulier, il avait la forme d'une botte d'un beau ton, et présentait une encoche dans le bas fond, qui s'étendait jusqu'au tiers distal.

En cet endroit l'ombre devient étroite, donnant l'aspect d'un sablier mais avec un antré complètement rétréci et irrégulier. Il avait l'apparence typique de ce que l'on voit dans les malignités avancées. Il resta rempli durant 6 heures. On pensait que cette déformation ne pouvait être due à autre chose qu'à la syphilis. Le diagnostic de syphilis de l'estomac fut donc fait derrière l'écran.

On demanda alors aux parents d'adoption, s'ils avaient fait une réaction de Wassermann quand ils avaient pris

le bébé, ils n'en étaient pas certains. Ils pensèrent que c'était là l'usage de l'asile.

Le sang fut confié au Docteur W.-H. HOUGH qui trouva une réaction de fixation de complément positive.

L'examen radioscopique fut refait par le Docteur E.-A. MERRIT qui pensa que la déformation gastrique en plus de l'histoire ressemblait à une syphilis de l'estomac (voir radio).

Un traitement spécifique fut commencé avec de l'iodure de potassium et le salvarsan par le Docteur HOUGH et plus tard par le Docteur KNOTT. Une amélioration subjective s'installa aussitôt. Dans le premier mois, l'enfant gagna 3 livres et la douleur disparut complètement. Pendant les deux semaines, il a eu 2 petites attaques douloureuses sans vomissements. Des radiographies furent de nouveau pratiquées après la cinquième piqûre de salvarsan et ne montrèrent pas de grande différence objective en dépit de la merveilleuse amélioration subjective. Son poids s'est fermement accru.

Je l'ai examiné un an après le traitement syphilitique. En dépit du traitement continu et intensif, la réaction de Wassermann n'a pas été négativée. Il se présente comme un enfant différent, pesant 97 livres alors qu'il n'en pesait que 73 un an avant. Il se sent très bien.

L'examen flurosopique montra un changement favorable dans les contours de son estomac, mais il y a encore une ombre de son antre, qui me fait penser qu'il est fibreux et par conséquent permanent.

Je suis pris d'un doute raisonnable qui s'attache à chaque diagnostic de syphilis gastrique. Dans ce cas, l'aspect de l'estomac ne peut pas prouver qu'il s'agit de syphilis congénitale. Mais l'examen aux rayons était si typique en apparence et la réponse au traitement syphilitique si brillante que je suis convaincu dans mon cœur de l'exactitude du diagnostic.

---

OBSERVATION N° XII

(Pozzi, dans *Il Policlinico*, 1<sup>er</sup> juillet 1928)

Syphilis scléro-gommeuse du tractus duodéno-pylorique.

C. Isa, âgée de 17 ans, les parents sont vivants mais tous deux syphilitiques, 3 frères sains, 4 sont morts en bas âge d'affection non précise. Un frère fut mis à l'allaitement mercenaire et a contracté la syphilis. En retournant dans sa famille, il présentait des manifestations syphilitiques cutanées et muqueuses, il fût laissé avec des autres enfants en contact continuuel dormant avec eux dans le même lit.

Dans l'anamnèse de la malade on relève : à sept ans une urticaire, à 8 ans une typhoïde d'une durée de 2 mois sans complication. A 10 ans, entérite qui a duré quelques mois, sans fièvre mais avec douleurs et brûlures abdominales après les repas, et selles fréquentes, muqueuses ne contenant pas de sang. A 12 ans, à Fiumicino, elle contracta le paludisme survenant par intervalles, paludisme qui dura un an environ.

A 15 ans, avec l'installation de ses règles elle commença à souffrir, douleurs épigastriques survenant de suite après les premières bouchées alimentaires, d'une heure de durée environ, d'intensité moyenne et irradiant en arrière dans le dos sans vomissement, sans hyperchlorhydrie ni éructation.

Cette douleur se présentait à de courts intervalles de 1 à 2 jours jusqu'à une semaine et chaque fois aux deux repas de la journée, jamais le matin, jamais de sensations de pesanteur épigastrique, jamais de brûlures.

Un an après, les conditions demeurant invariables, subitement les douleurs devinrent plus intenses. On lui conseilla la diète lactée, qui calma immédiatement les douleurs.

Mais lorsque la malade essayait de reprendre l'alimentation ordinaire, les douleurs reprenaient accompagnées de vomissements matutinaux, sans odeur, sans goût. Elle dût être opérée à l'hôpital Saint-Jean.

A l'intervention, l'exploration minutieuse de l'estomac

ne permet de relever aucune anomalie, l'examen du duodénum est négatif, celle du côlon aussi. Le péritoine est normal. Correspondant à la face postérieure de l'estomac, existent des adhérences que l'on peut facilement enlever. La paroi gastrique correspondante ne présente pas de déformation, ni d'infiltration.

Vu les adhérences, l'examen gastrique négatif et leur caractère de laxité dû à un processus extra-gastrique, on recoud la paroi abdominale sans intervenir sur l'estomac. Suites opératoires normales. (DE FABI).

Cependant, 20 jours après l'intervention, la douleur apparaît avec son siège initial, mais cette fois elle a des caractères différents, elle apparaît constante, une heure après les repas, d'intensité assez grande et diffusant ailleurs que dans le dos, sur les côtés aux deux bases thoraciques dans tout l'abdomen et dans la région lombaire, les douleurs ont une durée assez brève laissant la malade abattue et indolente. Une acidité notable est apparue indépendante des repas et ainsi que des vomissements intermittents à intervalles de quelques jours survenant 2 à 4 heures après les repas et se composant de résidus alimentaires du repas antérieur, sans saveur ni couleur spéciale.

Les urines sont normales, jamais de fièvre. N'a jamais présenté d'ictère.

Le 23 septembre 1932, elle entra à la Clinique.

*Examen objectif :*

Malade petite, les masses musculaires sont peu développées, le squelette est normal. La peau est colorée, les muqueuses sont bien humides, pas d'œdème. Pouls à 84. Respiration : 20. Température normale.

Langue humide, propre, rien à l'examen du pharynx et au cou on note une augmentation légère et uniforme de la glande thyroïde.

Thorax allongé, symétrique pendant la respiration, se développe également et bien. Les bords inférieurs du poumon sont à 4 doigts de l'angle de l'omoplate. Rien à l'auscultation postérieure, en avant la pression exercée sur le sternum et sur la partie cartilagineuse des côtes réveille une légère douleur. On ne note aucune déformation ou alté-

ration du squelette. Rien à l'auscultation dans les aisselles.

*Examen du cœur :* La pointe du cœur bat dans le quatrième espace intercostal en dedans de la moitié de la clavicule. Les diamètres en sont normaux. Les bruits sont nets, il n'existe pas de souffle, le deuxième bruit pulmonaire est un peu renforcé. Le pouls est égal.

*Examen de l'abdomen :*

De volume normal, l'abdomen présente une cicatrice ombilicale lisse, cicatrice épigastrique de la laparotomie. Il n'existe pas d'ascite libre. La palpation profonde révèle une douleur correspondant à la région colique et sur le côlon transverse, si on palpe avec le bord de la main. La pression digitale est douloureuse surtout en un point situé sur la ligne médiane, à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Organes de l'hypochondre normaux, la rate est augmentée de volume, lisse, non douloureuse.

Petits ganglions durs, indolents, dans tous les territoires lymphatiques.

L'examen du système nerveux reste négatif.

*Autres recherches :*

Urine : on ne retrouve rien d'anormal à l'examen chimique et microscopique.

Sang : Hémoglobine 90 %. Globules rouges, 5.100.000. Globules blancs, 5.700. Polynucléaires neutro : 54. Polynucléaires baso : 0. Eosinos : 0. Lymphocytes : 41. Monocytes : 5.

Cuti-réaction avec tuberculine à 20 % : répétée, elle s'est toujours montrée négative.

Réaction de Wassermann positive.

Examen du contenu gastrique donne à jeun une petite quantité de liquide clair, à réaction neutre. De même, une heure après.

Après repas d'épreuve, le liquide extrait présente une réaction acide très faible. L'acide chlorhydrique libre n'est pas dosable. L'acidité totale est de 0 gr. 09 % en acide chlorhydrique. Pas d'acide lactique ni de sang.

L'examen des fèces montre la présence de mucus, de

sang et de nombreuses formes végétatives d'*Amœba Hystolitica*. A son entrée à la clinique, la malade présentait une douleur spontanée à l'épigastre survenant le soir après le repas ordinaire, accompagnée de nausées et non rarement de vomissements.

Les selles étaient diarrhéiques, fréquentes (6 à 7) en partie muqueuses.

Mises bientôt à l'émétine, elle ne fut pas améliorée. On pratiqua alors un examen radiologique qui a donné les résultats suivants :

Estomac : à siphon gauche, la région de l'antré n'apparaît pas nettement, et la palpation est douloureuse correspondant à la partie supérieure de la cicatrice opératoire. Il existe un spasme préantral, persistant sur la grande courbure. Le péristaltisme est d'abord lent, puis plus vif. Le repas passe rapidement le pylore qui apparaît linéaire, sans formation caractéristique de l'antré et de la région pylorique. Le trait correspond à la cicatrice opératoire, il est peu mobile et douloureux (radio n° 3).

Des radiographies pratiquées en série mettent en évidence l'aspect linéaire de la région pyloro-duodénale. On voit toute l'anse duodénale, le bulbe est peu déformé, la portion descendante est injectée en permanence par le courant rapide du repas, qui après une demi-heure a presque complètement abandonné l'estomac.

Mais 7 heures après, il y a un résidu, le côlon transverse présente une ptose douloureuse. L'angle droit douloureux est irrégulièrement plein. Vingt-quatre heures après, le côlon est vide sauf aux deux angles, la baryte est accumulée dans le rectum. Les signes radiologiques sont ceux d'une lésion pyloroduodénale.

De tels résultats, la réaction de Wassermann positive, firent alors surgir l'idée qu'il s'agissait d'une syphilis gastrique. Refaite, la réaction de Wassermann fut constamment positive, et il y avait ce fait très intéressant que les deux parents de la malade étaient des syphilitiques certains, on pouvait donc admettre logiquement la syphilis héréditaire comme cause de la lésion gastrique.

Le 7 novembre, on institua un traitement anti-syphilitique consistant en injections intra-veineuses de néo-sal-

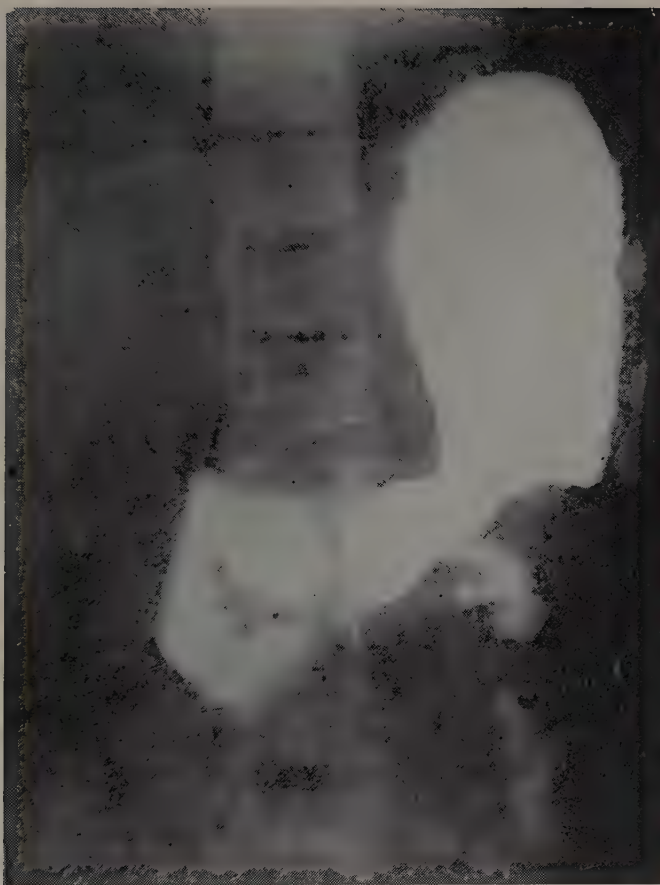


Fig. 2. — L'estomac présente une encoche profonde de sa partie inférieure, sur la grande courbure.  
L'antrum pylorique est aussi rétréci et irrégulier.



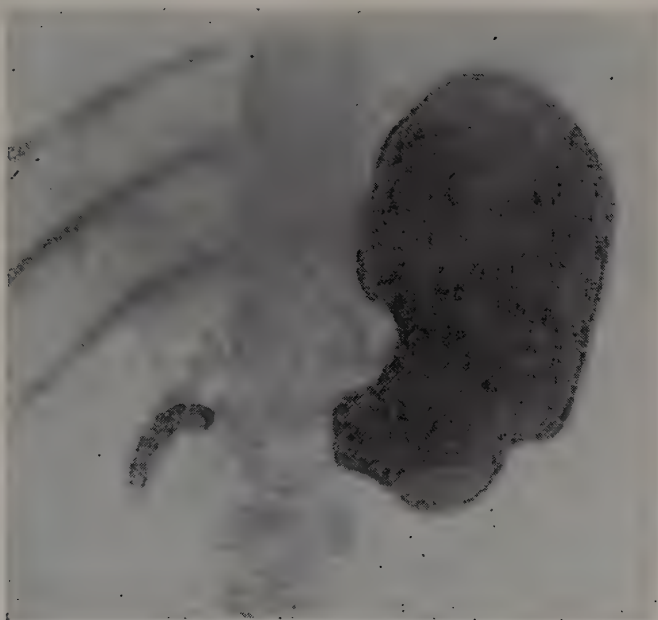


Fig. 3. — L'estomac apparaît normal, cependant la région pylorique est amputée, le pylore est linéaire occupé par une tumeur scléro-gommeuse (aspect avant tout traitement).





Fig. 4. — Même estomac que la gravure précédente, mais le traitement spécifique a été mis en œuvre. La région antrale se dessine bien, le trait pylorique s'est élargi donnant l'impression d'un pylore normal.



varsan. Après la deuxième injection, la malade ressentit une diminution graduelle de la douleur épigastrique et des nausées. Cette légère amélioration s'accompagna de la disparition des vomissements, elle n'en présenta plus depuis le 17 novembre, sans qu'il y ait de modification de régime.

Le 24 novembre, on fit un nouvel examen radiologique qui montra :

Après ingestion barytée, on voit que le remplissage gastrique est régulier, mais comme à l'examen précédent la région de l'antra et le pylore ne se dessinent pas, il existe comme auparavant un spasme pré-antral qui montre la région pyloro-duodénale déformée, aspect déjà constaté.

On fixe l'image radiographique et on fait des radiographies en série, chaque fois on note la persistance de la déformation antrale et du duodénum. On note cependant une amélioration relative au vidage, qui est complet 6 heures après.

Cependant, la malade va s'améliorant, l'état général est meilleur (elle a augmenté de 3 kilos), les vomissements ont complètement disparu, il persiste cependant des douleurs légères vagues, dans le dos. Un nouveau sondage gastrique pratiqué à jeun a donné : Suc gastrique riche en pigments biliaires, pas de mucus. La réaction est neutre, il n'y a ni acide lactique, ni sang.

La série d'injections terminée, la malade est venue elle-même à la Clinique le 12 décembre 1922, après avoir de nouveau pratiqué un examen de fèces qui fut négatif quant à l'*amoeba histolytica*. On ordonne à la malade de continuer quand même à fréquenter la Clinique pour pouvoir contrôler radiologiquement les effets du traitement.

Le 20 décembre 1922, nouvel examen radioscopique qui montre : après administration de Papaverine (4 centigrammes per os), on observe aucune modification du trajet déformé, mais on assiste à un vidage rapide des quatre-cinquièmes du repas en moins d'un quart d'heure. Dans un deuxième temps cependant, le vidage s'arrête et le résidu persiste, prenant l'aspect d'un petit siphon tronqué dans sa partie caudale. Le trait déformé est évident.

La malade continue à prendre du mercure sans ressen-

tir aucun trouble, elle note elle-même une amélioration et la possibilité de s'alimenter de mets indifférents.

Le 10 janvier, la malade revient à la Clinique affirmant qu'à la suite d'un repas plus copieux quelques jours auparavant elle a commencé à sentir de nouveau des douleurs à l'épigastre.

L'examen radiologique est semblable aux précédents, seule l'image mésogastrique est persistante, et la région antrale tend à se dessiner, de telle sorte que le trait qui, dans les examens ultérieurs représentait la région pylorique, apparaît plus bref et plus large.

Les radioscopies en série confirment l'image pylorique duodénale.

Les examens radioscopiques successifs durant les années 1925, 1925 et 1926, ont démontré une amélioration continue et une augmentation de l'étendue du trait pyloro-duodénal avec un vidage tendant à devenir plus voisin de la normale (radiographie n° 4).

La malade a continué à suivre un traitement anti-syphilitique, la réaction de Wassermann reste positive. Par contre, les douleurs gastriques ont complètement disparu.

Une radiographie pratiquée le 31 mai 1927 à une distance de 5 ans, montre la restitution totale du trajet duodéno-pylorique, le bulbe est évident, seul le vidage du pylore dans le duodénum est excentrique et le pylore est encore légèrement déformé. L'estomac se vide dans un temps voisin de la normale.

---

OBSERVATION N° XIII

(Observation dûe à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé  
BENHAMOU)

Parue dans les Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la nutrition, N° 1. Tome XXIII. Janvier 1933.

H.. Bachir, âgé de 18 ans, entre à l'hôpital de Mustapha le 8 octobre 1931, pour des vomissements alimentaires qui durent depuis trois mois et des douleurs épigastriques vives et continues.

Ces vomissements surviennent le plus souvent dix à quinze minutes après les repas, plus rarement 3 à 4 heures après, ils contiennent la presque totalité des aliments ingérés et cependant n'apportent aucun soulagement aux douleurs accusées par le malade.

Ces douleurs sont comparées à une pression, à un rongement, à un martèlement, sans paroxysme bien net et ne s'accompagnent ni d'aigreurs, ni de brûlures. Pas d'anorexie. Constipation opiniâtre.

Quand on examine le malade, on est frappé par son amaigrissement, par l'état de dénutrition et de cachexie où il se trouve, sans qu'on ait l'impression de danger immédiat ; on est frappé aussi par son infantilisme. On dirait un enfant de 12 ans, avec absence de pilosité, le peu de développement des organes génitaux, l'atrophie des testicules insensibles à la pression.

Le poids du malade est à ce moment de 30.kgs.

Le ventre est déprimé, ne montre aucune onde péristaltique au niveau du creux épigastrique.

L'estomac ne clapote pas à jeun, et la palpation, bien que très douloureuse, ne décèle aucune tumeur gastrique.

La rate est volumineuse, dépassant de 4 travers de doigt le rebord costal ; le foie est légèrement augmenté de volume.

Micropolyadénite au niveau des régions axillaires et des plis inguinaux. Ganglions sus-épitrochéens de chaque côté.

On ne trouve pas de trace de chancre au niveau de la verge, ni au niveau des muqueuses. Pas de cicatrices, pas d'accidents cutanés. Pas de lésions osseuses.

Les dents sont encochées avec tubercule de Carabelli sur chaque première prémolaire, voûte palatine non ogivale.

Rien à signaler au niveau du système nerveux, des organes des sens, ni du côté des autres appareils.

Dans ses antécédents héréditaires, nous trouvons une splénomégalie de cause inconnue chez la mère, 2 frères et 1 sœur sont en bonne santé.

Dans ses antécédents personnels, on ne retrouve pas de paludisme, pas d'autres maladies, sauf un épisode gastrique analogue à celui qui amène le malade à l'hôpital il y a six mois environ, mais avec des douleurs moins intenses qui durèrent près de deux mois et s'apaisèrent insensiblement sans médication. Pas de passé génital.

En présence de ce tableau clinique et aussi à cause de l'épisode gastrique antérieur, nous pensons d'abord à un ulcère de l'estomac avec sténose du pylore et pratiquons un examen radiologique.

A notre grande surprise, c'est une insuffisance pylorique que cet examen révèle, avec péristaltisme faible. L'estomac, dès que la gélobarine est ingérée, laisse filer le liquide opaque dans le duodénum et l'iléon. Le vidage de l'estomac se fait en moins de 7 heures. La région de l'antrum pylorique semble anormalement déformée par une image claire. Nous la fixons aussitôt par une radiographie film un estomac de petites dimensions, très haut situé, (fig. 5). Cette image est gastro-duodénale : on voit sur le au-dessous des crêtes iliaques, présentant une altération curieuse de la totalité de la grande courbure *qui apparaît fortement déchiquetée, infractueuse, multi-lacunaire, et comme irrégulièrement découpée aux ciseaux*. Cette image anormale éveille aussitôt l'idée de syphilis gastrique. Une réaction de Wassermann reste cependant évasive. Un examen du suc gastrique, pratiqué avant et après repas peptoné, montre une *absence totale* d'acide chlorhydrique libre et dans les tubes successifs une acidité totale de 0,40 de 0,60, de 0,30, de 0,30, 0,30. L'image gastrique anormale

et cette anachlorhydrie nous paraissent suffisantes, pour justifier un traitement syphilitique d'épreuve. L'absence de passé génital, l'absence de toute trace d'accidents, cutanés ou muqueux, l'infantilisme du malade, permettent d'éliminer l'hypothèse d'une syphilis gastrique acquise. Au contraire, la splénomégalie, les ganglions épitrochléens, les stigmates dentaires, et cet infantilisme même, rendent vraisemblable le diagnostic de syphilis gastrique congénitale tardive.

Le traitement anti-syphilitique sera énergique et n'emploiera comme arme que le bismuth : 10 ampoules de muthanol, puis 20 ampoules de néo-trépol seront injectées (intra-musculaire) sans interruption à raison d'une tous les 3 jours, et lentement mais progressivement nous verrons disparaître les troubles fonctionnels et les déformations de l'image gastrique.

*Le 14 octobre*, un nouvel examen radiologique nous montre que l'altération morphologique de la grande courbure est toujours la même (fig. 6), l'évacuation gastrique se fait sans effort péristaltiques, sans contraction ; il y a toujours un certain degré d'insuffisance pylorique ; et 30 minutes après l'ingestion, la plus grande partie du liquide opaque a moulé le duodénum et la masse des anses grêles. Le bulbe semble situé sous le foie et comme fixé : c'est là que la douleur paraît le plus marqué.

*Le 7 novembre*, nouvel examen radiographique (fig. 7), une radiographie de profil montre l'estomac anormalement dessiné sous l'aspect d'une coupe à champagne dont la première portion du duodénum représenterait le pied. De même que la grande courbure, les faces antérieure et postérieure de l'estomac présentent de nombreuses anfractuosités. Le pylore est toujours insuffisant.

*Le 8 décembre*, tout vomissement a cessé et la silhouette de l'estomac est devenue normale ; les contours de l'ombre gastrique sont parfaitement réguliers ; le péristaltisme très amélioré, le pylore beaucoup moins insuffisant qu'il n'était (fig. 8).

*Le 31 décembre*, l'aspect véritablement normal de l'ombre gastrique se maintient (fig. 9). On note le retour du péristaltisme ainsi qu'un fonctionnement tout à fait nor-

mal du pylore, qui laisse passer dans le duodénium des bouchées barytées parfaitement fragmentées.

*Le 3 janvier 1932*, l'estomac est radiographié de profil (fig. 10), il n'est plus déformé en coupe à champagne, il a recouvré un aspect normal de ses faces postérieure et antérieure.

Pendant ce temps, non seulement notre malade ne présente plus aucun trouble de ses fonctions digestives, mais son poids est passé de 30 kilogr. (11 octobre à 40 kilogr. (le 27 décembre).

*Le 13 mars 1932*, le poids devient de 48 k. 200, c'est-à-dire que le malade a gagné plus de 18 kilos en 5 mois. Bien plus, les stigmates d'infantilisme ont disparu progressivement ; la taille s'est allongée, les poils sont apparus, les organes génitaux se sont développées et en particulier les testicules ont pris un volume normal et sont devenus sensibles à la pression. Appétit sexuel réveillé.

Revu à plusieurs reprises, cliniquement et radiologiquement, ce malade est resté guéri, et un an après, il pouvait être pris comme soldat-tirailleur, et se livrer aux plus durs travaux avec tous les attributs d'une santé parfaite.

---

## **Conclusions**



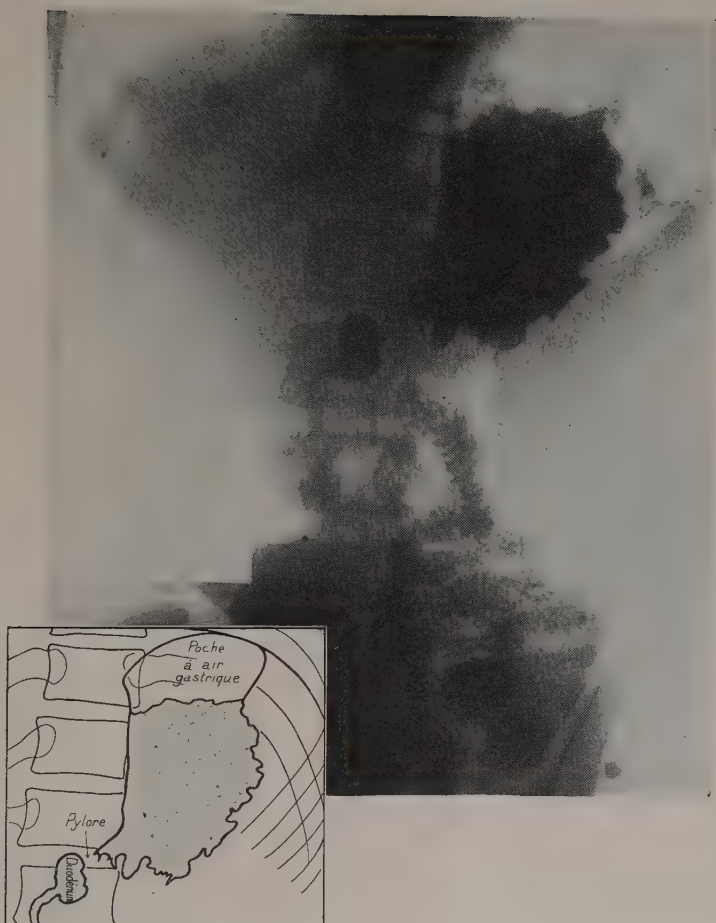


Fig. 5. — Estomac de petites dimensions, très haut situé au-dessus des crêtes iliaques, présentant une altération curieuse de la totalité de la grande courbure qui apparaît fortement déchiquetée, anfractueuse, multilacunaire. Péristaltisme faible avec un certain degré d'insuffisance du pylore (8 octobre 1931).



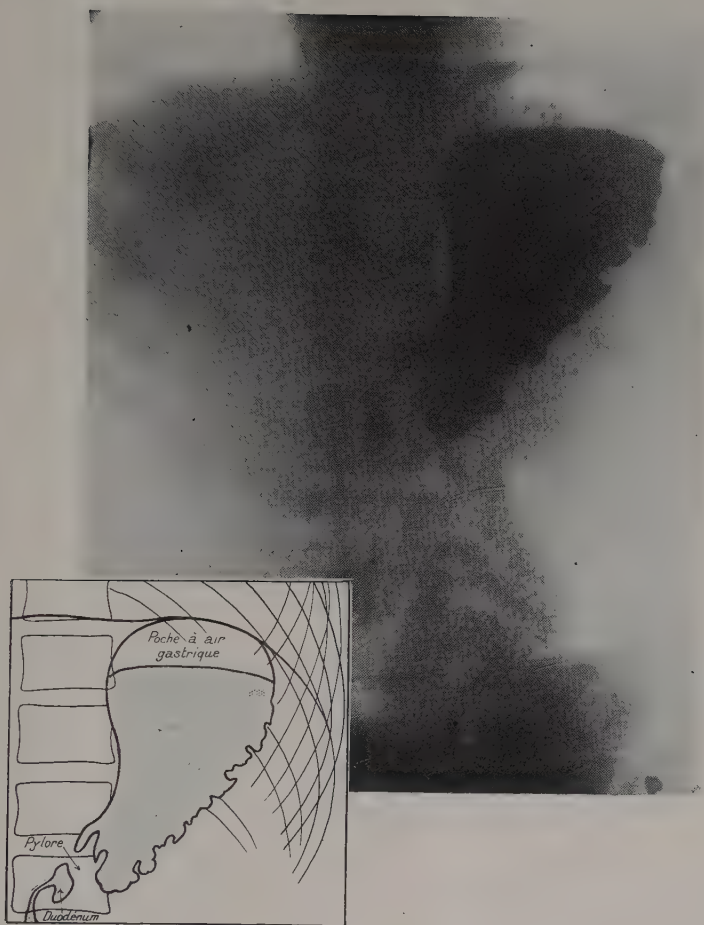


Fig. 6. — Persistance de l'altération morphologique de la grande courbure gastrique. Evacuation gastrique toujours anormale, se faisant sans effort péristaltique (14 octobre 1931).



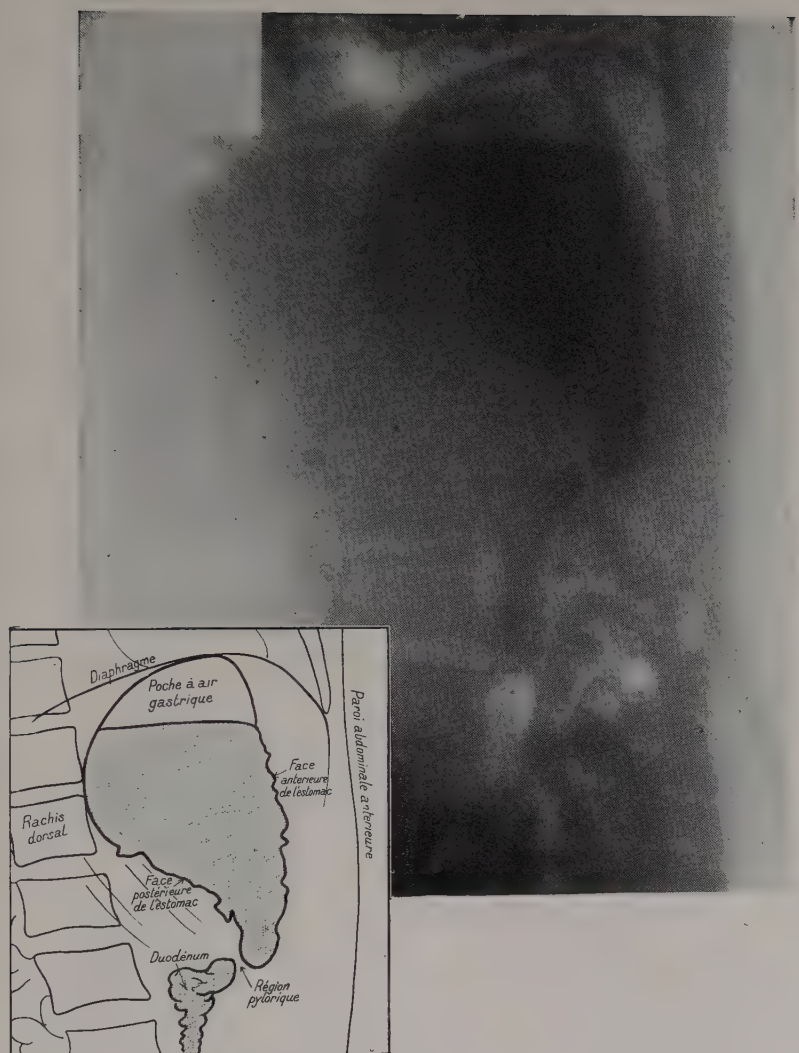


Fig. 7. — L'estomac radiographié de profil apparaît sous l'aspect anormal dit « en coupe à champagne ». (Le duodénum formerait le pied de cette coupe à champagne). De même que la grande courbure, les faces antérieures et postérieures de l'estomac présentent de nombreuses anfractuosités (7 novembre 1931).



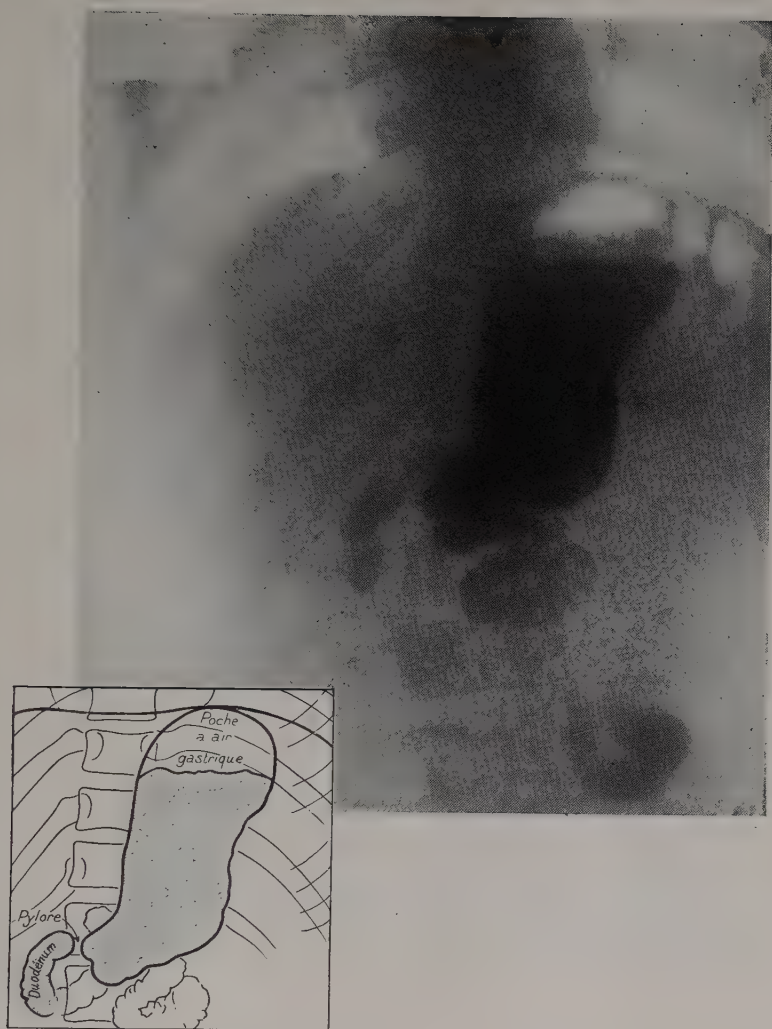


Fig. 8. — La silhouette de l'estomac est devenue normale, les contours de l'ombre gastrique sont maintenant parfaitement réguliers : la grande courbure, en particulier, a retrouvé sa courbe normale. Péristaltisme très amélioré, Pylore beaucoup moins insuffisant (8 décembre 1931).



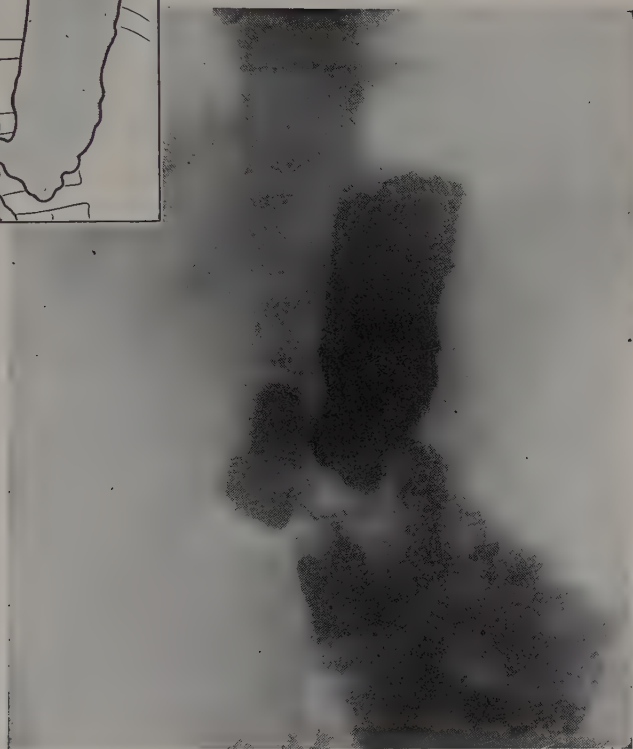


Fig. 9. — L'aspect normal de l'ombre gastrique se maintient. Retour du péristaltisme. Fonctionnement tout à fait normal du pylore qui laisse rapidement passer dans le duodénum des bouchées barytées normalement fragmentées (31 décembre 1931).



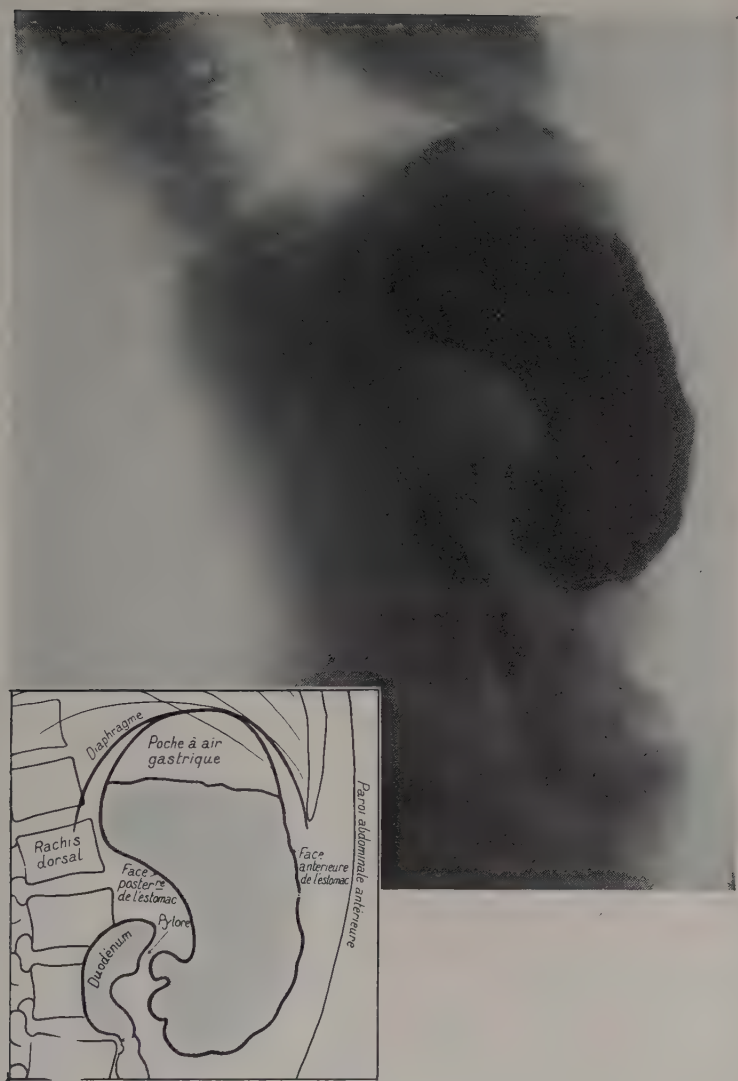


Fig. 10. — L'estomac radiographié de profil, comme sur la figure 7, n'est plus déformé en « coupe à champagne »; il a retrouvé un aspect normal de ses faces antérieure et postérieure (3 janvier 1932).



— La syphilis gastrique héréditaire tardive est considérée comme une manifestation rare de l'héredo-syphilis. A l'avenir, les procédés modernes d'investigation permettront de la découvrir plus souvent.

— Elle apparaît entre 15 et 18 ans, sans prédilection pour le sexe.

— Elle se présente sous des aspects anatomo-cliniques divers qui relèvent de quatre formes :

- a) la forme ulcéreuse,
- b) la forme scléro-gommeuse.
- c) la forme sténosante,
- d) la forme linitique.

— Le diagnostic repose sur des discordances entre les signes fonctionnels et les signes physiques ou radiologiques. Les antécédents du malade, l'existence de stigmates syphilitiques, la réaction de Wassermann positive, les résultats du traitement viendront le renforcer.

— L'examen radiologique peut apporter aussi un sérieux appoint : en plus des images classiques d'ulcère, de sténose, de linite, on y retrouve des images « atypiques » et « bizarres », comme découpées aux ciseaux.

Le pronostic est favorable, il dépend du traitement.

— La thérapeutique doit être précoce, intensive, prolongée.



## **Bibliographie**



## A

- ANDROSCOFF E. — Contribution à l'étude de la syphilis de l'estomac. — *Annales des maladies vénériennes*, XXIII, 1928, p. 382.
- AZEMAR et LACAPÈRE. — Trois cas de syphilis gastrique. — *Paris Médical*, 5 avril 1919, page 287.
- ANDRAL. — *Cliniques*, volume II, p. 201, Paris 1834.

## B

- BALLET. — *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie de Paris*, 1877, n° 644.
- BARBIER PIERRE. — Syphilis de l'estomac. — Thèse de Paris, 1904.
- BARD L. — Du diagnostic des tumeurs de l'estomac et de l'intestin. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, Janvier 1919, N° 1.
- BARTHÉLÉMY. — Manifestations gastriques de la syphilis. — *Gazette des Hôpitaux*, 1921, p. 1.061.
- BAUDOUIN. — *Bulletin et Mémoires de la Société d'Anatomie de Paris*, 1857.
- BAULOT. — Syphilis de l'estomac à forme ulcéreuse. — Thèse de Paris, 1921.
- BÉCLÈRE A. et BENSAUDE. — Un cas de syphilis gastrique. Estomac biloculaire, troubles gastriques graves simulant un néoplasme, retour à la santé par le traitement spécifique. Contrôle radiologique. — *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 19 mai 1911.
- BENHAMOU Ed. et BLOUMENTZWEIG. — Syphilis gastrique héréditaire tardive. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, Tome XXIII, n° 1, janvier 1933.

- BENSAUDE R. et RIVET. — Syphilis de l'estomac. — *Presse médicale*, 25 octobre 1919.
- BENSAUDE, MEZARD et GODARD. — Observation d'un cas de survie de 20 ans. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, Décembre 1930, p. 1.178.
- BERTHIER. — Les sténoses du cardia. — Thèse de Paris, 1908.
- BEZANÇON. — *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anatomie de Paris*, 1892, p. 802.
- BOAS. — Ueber syphiligenen Erkrankungen des Magens Dermatologischen. — *Münch Med. Woch.*, n° 3, 1925.
- BOCKUS H.-L. et BANK J. — Upper gastro intestinal disease associated with syphilis. — *American medical Association*, n° 3, janvier 1928, p. 175.
- *American Journal of Syphilis*, n° 1, janvier 1929.
- BONANNO M. — La sifilide gastrica. Contributo clinico radiologica. — *Pensiero medicale, Milano* 1925, pages 369-372.
- BORY. — La syphilis gastrique. *Progrès médical*, juin 1926, p. 876-879.
- BRAMS et MEYER. — Gastric syphilis. A report of two cases proved anatomically. *Surg. gynecol. obstetr.* Volume XXXVII, p. 127, 1923.
- BRELET. — La linite plastique de Brinton. — *Gazette des Hôpitaux*, 1905.

C

- CADE et MORENAS. — Ulcus gastrique d'origine syphilitique. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1922, p. 109.
- CASTAIGNE J. — Le rôle de la syphilis dans la détermination des maladies observées dans un service de médecine générale. — *Journal Médical Français*, déc. 1928.
- *Journal des Praticiens*, 4 avril 1914.

- CAUSSADE G. et LEVEN. — Syphilis gastrique et du pancréas avec rétro-péritonite. — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 14 juin 1929.
- CHABROL. — *Paris Médical*, 14 décembre 1925 et 14 déc. 1929.
- CHAUFFARD. — *Journal des Praticiens*, 3 décembre 1921.
- CHIARI. — Lues hereditaria mit gummoser erkrank. Prag. *Med. Woch*, 1885, n° 47.
- CLASEN. — Manifestations gastro-intestinales dans la syphilis. — *American Journal of Syphilis*, janvier 1930, p. 55.
- COLLETTE. — Diagnostic radiologique des biloculations  
Thèse de Paris, 1921, 22.
- CORNIL. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, 28 mai 1874.  
Leçons sur la syphilis, 1879.  
*Presse médicale* 1905, n° 14.

D

- DALIMIER. — Pseudo-cancer de l'estomac d'origine syphilitique. — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 9 décembre 1921
- DATER. — Sur la syphilis de l'estomac. Th. de Paris, 1911.
- DAVIAU. — Accidents gastriques et syphilis. — Thèse de Paris, 1923.
- DEVE. — Gastropathie hérédo-syphilitique tardive à forme d'ulcères chroniques. — *Normandie médical*, Rouen 1924.
- DIEULAFOY. — Syphilis de l'estomac. — *Académie de Médecine*, n° 20, 1898.  
— Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, Paris 1899.
- DUBUC. — France médicale, juillet 1898. *Syphilis de l'estomac*.

E

- EUSTERMANN G. B. — Observations based on 93 cas. — *Journal of American Medical Association*, 17 janvier 1931.

F

- FAROY. — Trois cas de linite plastique. Le rôle de la syphilis dans la pathogénie de cette affection. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*. T., 14 juillet 1924.
- FERRARI. — Sifilide gastrica. — *Arch. di radiologia*, Napoli, 1925, p. 330.
- FLORAND et GIRAULT. — Syphilome gastro hépatique. — *Presse médicale* 1921, p. 841.
- FLORAND et GIRAULT. — Syphilis gastrique à forme de gastrite chronique. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 23 juillet 1920.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis, Paris 1906.

G

- GALLIARD. — Syphilis gastrique. — *Archives générales de Médecine*, janvier 1886.
- GALLIARD L. et MENDELSSOHN Em. — Un cas de syphilis gastrique. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 16 mai 1919.
- GALLOWAY. — Gastric syphilis. *British Medical Journal*, p. 217, 1922.
- GOSSET A., GUTTMAN R.-A. et BERTRAND I. — Forme infiltrée simulant une tumeur. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, juin 1930.
- GOUZOT. — Contribution à l'étude des maladies de l'estomac.
- GRAHAM. — Surgical treatment of syphilis of the stomach. *Annals of Surgery*, Vol. LXXVI, p. 449, 1922.

GRENET. — Syphilis et tube digestif. — *Progrès médical*, 3 novembre 1923.

GUYOT et CHAVANNAZ. — Syphilis de l'estomac. — *Journal médical de Bordeaux*, 10 octobre 1924.

H

HAYEM G. — Syphilis tertiaire. Hématémèses. Guérison par le traitement syphilitique, Paris 1889, p. 231.

— *Presse Médicale*, 18 février 1905, 2 mai 1906.

HERMANN. — *American Journal of Syphilis*, janvier 1928.

HILL L. — *American Journal of Syphilis*, avril 1931, p. 199.

J

JUBELIN. — Contribution à l'étude de la syphilis gastrique. — Thèse de Paris, 1926.

K

KURZENNE. — Forme clinique de la syphilis gastrique, Paris 1921.

L

LANCEREAUX. — Traité de la syphilis, 1886, p. 310.

LAMY. — Thèse de Lyon, 1920.

LANGERON. — Quelques observations de syphilis gastrique.

— *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 15 avril 1931, p. 291.

LANGOVOI. — *La Médecine moderne*, 5 février 1902.

LEHMANN. — Manifestations tardives de la syphilis tardive héréditaire. . . *Revue générale de la clinique et de thérapeutique*, Paris 1914.

LEVEN G. — Thérapeutique. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, avril 1930.

— *La Clinique*, janvier 1922.

LEWALD L. T. — Diagnostic radiographique de la syphilis gastrique. — *American Journal of Medical Association*, 17 janvier 1932.

— Leather bottle (Linitis plastica). — *American Journal of Roentg. and radio*, 1921, Vol. VIII, p. 163.

LION. — Les faux cancers de l'estomac. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, mars 1919.

LIPCHITZ. — Syphilis de l'estomac à forme pseudo-cancéreuse. Thèse de Paris, 1921.

LOEPER et BORY. — A propos de la syphilis gastrique. — *Journal Médical Français*, Décembre 1922.

LOEPEP et TURPIN. — Sténose médio-gastrique syphilitique guérie un mois. — *Progrès Médical*, 6 septemb. 1924.

LUBARSCH et HENKE. — Traité d'Anatomie Pathologique, 1928.

LUMIÈRE MAX. — La syphilis gastrique biloculaire. — Th. de Paris, 1926.

## M

MAC KAY. — *Lancet*, 1898.

MATHIEU et LABOULAIS. — La syphilis gastrique. — *Gazette des Hôpitaux*, 1911.

MONOD. — Syphilis of the stomach. — *Proceedings of roy. Soc. of Med.* n° 1, année 1922.

MOUTIER F. — Fréquence de la syphilis gastrique. — *Archives des maladies de l'appareil digestif*, avril 1930.

MOUSSEAU. — Syphilis gastrique à forme linitique à évolution régressive. — Thèse de Paris, 1926.

## N

NEE MAC. — Syphilis of the stomach. — *Quart. Journal of Medecine*, Vol. XV, p. 215, avril 1922.

— La syphilis gastrique. — *Bulletin général de thérapeutique*, juillet 1913, p. 62.

O

OLEARY. — Data accumulated from 89 cases. — *American Journal of Surgery*, février 1931.

P

PATER. — Syphilis de l'estomac. Thèse de Paris, 1907.

PETIT DUTAILLIS D. et BERTRAND I. — Cas simulant un cancer. — *Archives des maladies de l'appareil digestif*.  
— Février 1930.

PESTORIZA. — Ulcère syphilitique de l'estomac. — Thèse de Paris, 1927.

POZZI. — Contributo alla conoscenza clinica e radiologica della sifilide gastrica e duodenale. — *Policlinico Sezione Medica*, 1<sup>er</sup> juillet 1928.

PRON. — Syphilis gastrique. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1917.

R

ROESCH. — Syphilis de l'estomac à forme pseudo-cancéreuse. — Thèse d'Alger, 1920.

S

SINGER et MEYER. — With reference to incidence. — *Surgery Gynecol. Obstetr.*, janvier 1929.

SINGER HARRY. — Syphilis of the stomach with special reference two his relationship to linitis plastica. — Juillet 1929, p. 391.

SMITH D. — *Organic British Medical Journal*, 8 nov. 1930.

SOUPAULT. — Traité des maladies de l'estomac. Syphilis de l'estomac, p. 617.

- SPEDER. — Le territoire réservé à la syphilis de l'estomac.  
— *Société de radiologie médicale de France*, 7 juillet 1925.
- STRAUSS H. — Syphilis gastrique. — *Medinische Klinik*,  
20 février 1931.  
— Linite plastique de l'estomac avec estomac biloculaire chez un enfant atteint de syphilis héréditaire.  
*Archiv. für Verdauungs. Krank.*, juin 1926.
- SURMONT. — Syphilis et gastropathies. — *La Médecine*.  
1926, p. 722.
- SYMMERS D. — Anatomic lesions in late acquired syphilis.  
A study of 314 cases based on analysis of 4.880 necropsies at Bellevue Hospital. — *J.A.M.A.*, Chicago,  
1916, Vol. XVI, pp. 1457-1462.

T

- TURNBULL. — Discussion of monod Paper. — *Proc. Roy. Soc. Med. London*, 1922, Vol. XV, p. 9.
- TURPIN. — Formes cliniques de la syphilis gastrique. — *Œuvre Médicale*, p. 33, 1925.

V

- VERBRYCKE. — Syphilis congenital. — *American Journal of Syphilis*, octobre 1929.

W

- WEILL P.-E. — 4 cas de syphilis gastrique. — *Bulletin de la Société de thérapeutique*, 8 novembre 1922.

Vu :

*Le Président de Thèse,*

M. RAYNAUD.

Vu :

*Le Doyen,*

LEBLANC

Vu et Permis d'Imprimer,

Alger, le 12 Juin 1934.

*Le Recteur :*

G. HARDY.









